



Universitat de Lleida

# **Treball Final de Grau**

## **Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones ateses a l'àrea Bàsica de Salut d'Almacelles**

**Grau en Infermeria**

**Per:** Siham Massioui

**Presentat a:** Montserrat Gea Sánchez

**Facultat d'Infermeria**

**Curs acadèmic:** 2015-2016

**Data:** 12/05/2016

**Títol:** Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea de salut d'Almacelles.

**Autor:** Siham Massioui

**Tutora:** Montserrat Gea Sánchez

## **Agraïments**

Vull aprofitar l'avinentsa per expressar el meu sincer agraïment a les persones que m'han donat suport i ajudat durant la realització d'aquest projecte.

- A l'Àrea Bàsica de Salut d'Almacelles per permetre'm l'accés a les dades necessàries per poder aplicar la intervenció. També a les infermeres que m'ha ajudat a l'obtenció d'aquestes dades.
- En especial a la meva tutora Montserrat Gea per la seva orientació, supervisió, dedicació, confiança i suport brindats durant la realització d'aquest treball.
- També als meus pares i germans pel seu suport incondicional durant tots aquests mesos.

**Llistat de taules**

- **Taula 1:** Unitats del llibre d'autoajuda
- **Taula 2:** Exercicis de teràpia de massatge a la mare
- **Taula 3:** Cronograma
- **Taula 4:** Escala de depressió post-natal d'Edimburg
- **Taula 5:** Qüestionari de salut general de Golberg
- **Taula 6:** Qüestionari revisat de predictors de la depressió post-part
- **Taula 7:** Inventari de depressió de Beck
- **Taula 8:** Escala de cribratge de depressió post-part
- **Taula 9:** Anamnesi i exploració general
- **Taula 10:** Exploració social
- **Taula 11:** Qüestionari d'APGAR familiar
- **Taula 12:** Qüestionari de satisfacció

**Llistat de figures**

- **Figura 1:** Tríptic informatiu
- **Figura 2:** Tríptic informatiu
- **Figura 3:** Massatge a la cara
- **Figura 4:** Massatge al pit
- **Figura 5:** Massatge sota el braç
- **Figura 6:** Massatge al braç
- **Figura 7:** Exercici a la panxa A
- **Figura 8:** Exercici a la panxa B
- **Figura 9:** Massatge amb dits en puntetes
- **Figura 10:** Arc de Sant Martí
- **Figura 11:** Exercici “escalfament de beisbol (amb la cama)”
- **Figura 12:** Exercici “enrotllar la cama”
- **Figura 13:** Massatge a l'esquena

### **Llistat d'abreviatures**

- **DPP:** Depressió post-part
- **EDPE:** Escala de Depressió Post-natal d'Edimburg
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut
- **ABS:** Àrea bàsica de salut
- **QSGG:** Qüestionari de salut general de Golberg
- **ECDP:** Escala de cribratge de depressió post-part
- **ISRS:** Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina

# ÍNDEX DE CONTINGUTS

1. Resum i paraules clau.....	7
2. Introducció .....	9
3. Marc teòric .....	11
3.1. Concepte .....	11
3.2. Epidemiologia.....	12
3.3. Quadre clínic-simptomatologia .....	13
3.4. Causes de la DPP.....	14
3.5. Factors de risc .....	15
3.6. Factors protectors .....	16
3.7. Diagnòstic .....	16
3.8. Conseqüències .....	19
3.9. Tractament.....	20
4. Objectius.....	23
5. Metodologia .....	24
5.1 Població diana.....	25
5.2 Professionals .....	26
5.3 Metodologia de cerca.....	27
5.4 Síntesi de l'evidència trobada.....	27
6. Intervenció.....	31
6.1. Recursos necessaris .....	32
6.2. Etapes i sessions del programa .....	33
6.3. Consultes individuals.....	45
6.3.1. Consulta de seguiment .....	45
6.3.2. Consulta al final de la intervenció.....	45
6.4. Cronograma .....	46
7. Consideracions ètiques.....	48
8. Avaluació de la intervenció.....	51
9. Discussió .....	53
10. Conclusions .....	55
11. Bibliografia.....	56
12. Annexes .....	62
Annex 1: Escala de depressió post-natal d'Edimburg .....	62

Annex 2: Altres qüestionaris per al diagnòstic de la DPP .....	64
Annex 3: Fulla informativa per les participants .....	71
Annex 4: Consentiment informat .....	73
Annex 5 : Tríptic informatiu.....	75
Annex 6: Anamnesi i exploració general.....	77
Annex 7: Exploració social.....	79
Annex 8: Qüestionari APGAR familiar.....	80
Annex 9: Imatges de la teràpia de massatges infantils .....	81
Annex 10: Qüestionari de satisfacció .....	83
Annex 11: Autorització de la gerència d'Atenció Primària.....	84
Annex 12: Autorització de la direcció d'infermeria del centre .....	85
Annex 13: Fulla de consentiment al Comitè Ètic d'Investigació (Lleida) .....	86

# 1. Resum i paraules clau

## **RESUM EN CATALÀ**

Aquest projecte pretén conscienciar sobre una correcta prevenció de la depressió post-part, gràcies a una intervenció no farmacològica, que s'inicia durant la gestació i finalitza uns mesos després del part, assegurant d'aquesta manera una atenció continuada a les mares.

L'objectiu general és disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones embarassades ateses a l'Àrea Bàsica de Salut d'Almacelles.

Les bases de dades consultades per la cerca bibliogràfica són: Pubmed, Google Scholar, Cinahl i Scielo.

La població diana seran les dones embarassades que són ateses a l'Àrea Bàsica de Salut d'Almacelles. La captació es farà quan aquestes estiguin al tercer mes de gestació, per iniciar la intervenció al cinquè. L'encarregada de fer-ho serà la llevadora i/o la infermera gràcies a les visites rutinàries de control de l'embaràs, en les quals s'informarà del programa a les mares i se'ls preguntarà si accepten que se'ls passi un qüestionari que permetrà detectar si tenen risc de patir depressió post-part. Si compleixen els criteris d'inclusió, seran convidades a participar en el programa.

El projecte consisteix en un assaig clínic quasi-experimental pre-post.

El mètode d'avaluació de la intervenció es farà a través de l'Escala de Depressió Post-natal d'Edimburg, del qüestionari de satisfacció, de les dades qualitatives (anamnesi i exploració general) i de la consulta individual de seguiment als dos mesos d'iniciar el programa. La intervenció tindrà una durada de 7 mesos i constarà de cinc sessions, la primera de les quals serà informativa, per presentar el programa a les gestants i les altres quatre (que s'aniran repetint setmanalment) tractaran sobre un llibre d'autoajuda, una teràpia de massatges a la mare, exercicis de ioga, massatges terapèutics al nadó i teràpia psico-educativa (aquestes dos últimes s'impartiran juntes).

**Paraules Clau:** depressió, puerperi, infermeria, embaràs, salut mental, prevenció depressió post-part.

**ABSTRACT**

This project aims to raise awareness about proper prevention of postpartum depression, thanks to a non-pharmacological intervention, which begins during pregnancy and ends a few months after delivery, thus ensuring a continued attention to mothers.

The overall objective is to reduce the prevalence of postpartum depression in pregnant women attended on the Basic Health Area of Almacelles.

The databases consulted for the scientific literature search are: PubMed, Google Scholar, CINAHL and Scielo.

The target population will be pregnant women attended on the Basic Health Area of Almacelles. The selection of patients will have place when these are in the third month of gestation, to start intervention when they are in fifth. Midwife and nurse will do this recruitment procedure through the routine prenatal visits, informing mothers of the program and asking them if they accept to answer a scale that will detect if they have postpartum depression risk. If they fulfill the inclusion criteria, they will be invited to participate in the program.

The project consists of a quasi-experimental pre-post clinical trial.

The method of evaluation of the intervention is across the Scale of Post-natal Depression of Edinburgh, the satisfaction questionnaire, the qualitative information (anamnesis and general exploration) and an individual consultation of follow-up to at two months of initiating the program. The duration of the intervention will be 7 months and held five meetings, the first one will be informative, to present the program to the pregnant women, and the other four (that will be repeated weekly) are about self-help workbook, therapy of massages intended to the mother, yoga exercises, therapeutic massages to the baby and psico-educational therapy (these two ones are held together).

**Keywords:** depression, postpartum, nursing, pregnancy, mental health, prevention of postpartum depression.



## 2. Introducció

L'embaràs i el puerperi són dos períodes fonamentals per al desenvolupament d'un nou ésser i per establir l'estructuració d'una vinculació futura entre la mare i el fill i entre aquest i els seus pares. Les etapes en què la dona es troba més vulnerable són aquelles en què es produeix un augment o disminució ràpida dels esteroides ovàrics, com ara en l'última fase lútea, en les fases perimenstruals, en el primer trimestre de l'embaràs, en el post-part i en la menopausa. Aquestes fluctuacions són fisiològiques i és molt probable que la susceptibilitat estigui relacionada amb factors genètics i ambientals. A més, són períodes marcats per canvis hormonals en els que també es modifiquen, en part, les conductes psicosocials, mediambientals, i alguns factors psicològics. També és una etapa en què es creen expectatives vitals i fantasies davant el naixement d'un futur fill/a (1).

El període posterior al part és molt important en la vida d'una dona, sobretot si es tracta del primer fill, perquè suposa un gran canvi en la situació vital i una necessitat d'adaptació (2).

Aquesta és una etapa en la que es produeix un conflicte d'interessos entre les necessitats, les aspiracions individuals i la obligació d'assumir una nova responsabilitat. De la mateixa manera, poden aparèixer dubtes sobre la capacitat personal per exercir els cuidatges que el recent nascut necessita, fet que provoca una major predisposició cap a l'estrès psicològic. Degut a això, es converteix en una etapa de major vulnerabilitat per la possible aparició d'ansietat i depressió (2).

El fet que arribi un nou membre a la unitat familiar, normalment, s'espera que produeixi una gran alegria tant en els pares com en la resta de parents i acostuma a acompanyar-se d'un ampli reconeixement social i cultural. No obstant, algunes dones presenten un episodi de depressió durant els tres primers mesos del post-part (3).

Els trastorns depressius són un grup de malalties bastant comuns en la població general i en la pràctica clínica. Són un problema de salut pública que és dos vegades major en les dones respecte als homes, amb una prevalença al llarg de la vida entre el 10-20%. Aquests trastorns poden tenir lloc en qualsevol moment de la vida de la dona, des de la infància fins la vellesa, no obstant, són més freqüents en l'etapa en què es troba en edat fèrtil (dels 15 als 44 anys) (1).

Durant l'embaràs i puerperi tenen lloc canvis bioquímics, psicològics i socials que fan més vulnerable a la dona per a l'aparició de trastorns psiquiàtrics. Dins dels vinculats al puerperi es

distingeix la tristesa puerperal, la depressió post-part (d'ara en davant DPP) i la psicosi puerperal (4).

D'aquests tres tipus d'alteracions, aquest projecte es centrarà concretament en la DPP.

La DPP és un trastorn que pot afectar a qualsevol dona, tant si ha tingut un embaràs senzill com un embaràs complicat, tant si es tracta d'una dona primípara com múltípara, tant si té parella com no, independentment de l'edat, la raça, la cultura o la educació. No obstant, hi ha bastants casos de DPP que no arriben a ser diagnosticats, degut a diferents circumstàncies de cada persona (3).

La DPP és un trastorn greu que provoca un gran patiment tant a la mare com a la família, a més de deteriorar de manera important la qualitat de vida de la dona i afecta a la salut del recent nascut (5).

Al tractar-se d'un problema de salut pública, és necessària una correcta planificació de les visites de la pacient tant a la llevadora com a la infermera, amb una correcta educació sanitària, sobretot perquè les mares entenguin que no han de considerar com a normal el fet de presentar simptomatologia depressiva; o bé pensar que són les úniques que pateixen aquest problema, ja que hi ha moltes més mares afectades. En cas d'aparició d'aquest fet, han d'acudir al seu centre d'atenció Primària per rebre ajuda. També recalcar-les la importància d'una bona prevenció de la DPP, ja que disminueix l'aparició dels símptomes depressius, reduint també les probabilitats d'acabar desenvolupant la malaltia, permetent d'aquesta manera el descens de la seva prevalença. Tot això amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les mares i el seu entorn.

Aquest projecte es centra concretament en la prevenció de la DPP, establint un objectiu general i uns d'específics, que s'intentaran complir a través d'una intervenció no farmacològica (tenint en compte unes consideracions ètiques, que s'expliquen més endavant) formada per diferents activitats que es comencen durant la gestació i acaben uns mesos després del part. Aquestes activitats s'han obtingut després d'una exhaustiva recerca bibliogràfica a les bases de dades més importants, per poder tenir una intervenció basada en l'evidència científica. Després de seva aplicació, es durà a terme l'avaluació de la mateixa, per valorar si ha estat efectiva i si ha complert amb les expectatives.

### 3. Marc teòric

#### 3.1. Concepte

Actualment, segons la duració i el nivell de gravetat experimentats, es pot diferenciar entre tres tipus d'alteracions mentals en el post-part. Aquestes són (6,7):

- **Tristesa puerperal o Maternity Blues:** és el síndrome més lleu i també el més freqüent i és un estat passatger que comença als 2-5 dies posteriors al part i que no dura més de dos setmanes. L'autora **Muruaga** (6) afegeix que acostuma a produir-se sobretot en el tercer, quart o cinquè dia.  
Aquest és un quadre que apareix en un 86% de les dones que acaben de donar a llum i és una reacció passatgera esperable després del part.
- **DPP:** acostuma a tenir un començament més tardà que la tristesa puerperal, ja que normalment apareix a les 2-4 setmanes següents al part. Clínicament es caracteritza per un quadre depressiu sever, indistingible del trastorn depressiu major no psicòtic que afecta a les dones en altres etapes de la seva vida. El seu inici és característicament insidiós, associant ansietat excessiva i símptomes neurovegetatius.
- **Psicosi puerperal:** es tracta de la forma més severa dels trastorns psiquiàtrics puerperals, ja que és una malaltia aguda i greu que es produeix en 1-2 de cada 1000 naixements. Acostuma a iniciar-se de 48-72 hores després del part i rarament té lloc després de les 4 setmanes. El quadre clínic és semblat al d'una psicosi afectiva de ràpida evolució, amb trets maníacs, depressius o mixtos.

Aquest projecte es centrarà concretament en la DPP.

La DPP és un tipus de depressió que afecta a algunes dones després de donar a llum. Es comú que les dones pateixin trastorns temporals de l'humor o melancolia després del part, no obstant, si aquest trastorn dura més d'uns quants dies, es considera DPP. La DPP és aquella malaltia depressiva no psicòtica, d'inici insidiós, que pateix la mare durant el primer any després del naixement del seu fill. Concretament, es tracta d'una forta vulnerabilitat a la depressió que comença de manera important entre les 4-6 setmanes després del part. És un trastorn mental amb una alta taxa de prevalença i provoca alteracions emocionals, cognitives, comportamentals i físiques (7).

Normalment es caracteritza per plor, desànim i sentiments d'incapacitat o inhabilitat per afrontar la situació, sobretot en aspectes relacionats amb els cuidatges al recent nascut i les tasques domèstiques. També són freqüents els sentiments de culpa i autocensura per no estar estimant i cuidant suficientment al fill. Amb freqüència es presenten símptomes d'ansietat (8).

La DPP provoca en la dona un elevat índex de pensaments negatius, sentiments d'ambivalència cap al nou-nat, la seva parella i familiars. La seva visió del futur és d'una manera desesperançada i percep que és molt complex (9).

### 3.2. Epidemiologia

Els autors **Urdaneta i col·ls** (10), en el seu estudi de prevalença de la DPP en dones primigestes i en múltiples valorades per l'Escala de Depressió Post-natal d'Edimburg (d'ara en davant EDPE), han vist que el risc de depressió és elevat en els dos grups, sense diferències respecte a la paritat. És a dir, no hi ha una associació estadísticament significativa entre la paritat i la DPP.

Resulta complex determinar la prevalença real de la DPP, perquè els estudis difereixen de manera significativa en quant a la metodologia i poblacions utilitzades. A més, en diferents països no queda clar si es fa referència a una tristesa passatgera (maternity blues), o bé a una depressió més greu i duradora en el temps o fins i tot una psicosi puerperal. En les taxes de prevalença també influeixen les variables transculturals, els mètodes de detecció utilitzats, les diferències en la percepció de la salut mental i el seu estigma o els diferents nivells socioeconòmics. Per tot això, a continuació es citarà el que diuen diferents estudis i autors sobre la prevalença de la DPP en diferents països.

Els autors **Tatano i col·ls** (11) comenten que fins al 19% de les mares tenen una depressió major o menor en algun moment durant els 3 primers mesos després del naixement del bebè. En la mateixa línia, en l'estudi realitzat per **Lanes i col·ls** (12) sobre la prevalença i característiques de la depressió post-part en les dones Canadenques, s'ha vist que en els països desenvolupats, entre el 10-15% de les mares són afectades per una DPP. Aquest mateix estudi afirma que la prevalença d'aquesta patologia a Canadà és del 17,15%.

Per una part, la prevalença de la DPP als Estats Units, Regne Unit i Austràlia s'estima que està entre un 7-20%; a Espanya oscil·la entre un 10-15% (13). Per una altra part, segons l'estudi "Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders"

realitzat per **Reck i col·ls** (14), la prevalença de la depressió post-part en la major part de la classe mitjana Alemanya se situa al 6,1%.

**Urdaneta i col·ls** (10) conclouen que en definitiva, es podria acceptar que la prevalença mundial de la DPP fluctua entre un 10 i un 20%, amb un rang entre 30 i 200 cassos per cada 1000 naixements i amb una estimació de recurrència entre un 10 i un 35%. També afegixen que la prevalença és tres vegades més elevada en els països en via de desenvolupament respecte als més avançats, sent més freqüent en les dones amb un nivell socioeconòmic baix.

### 3.3. Quadre clínic-simptomatologia

Els símptomes generals de la DPP són (15,16):

- Pèrdua d'interès en les coses que es feien anteriorment.
- Menjar en excés o en defecte en comparació amb mesos abans.
- Atacs de pànic o sentir-se nerviosa i ansiosa la major part del temps. A més de sentiments d'angoixa intensa, taquicàrdia, taquipnea, tremolor, mareig, entre altres.
- Tenir pensaments molt ràpids.
- Sentir-se culpable.
- Estar preocupada per no ser una bona mare.
- Tenir por d'estar sola amb el bebè.
- Canvis en l'estat d'ànim.
- Fatiga.
- Sentir-se molt malament o molt enfadada.
- Irritabilitat cap a la parella i als altres nens.
- Insomni o somnolència.
- No tenir interès ni pel bebè, ni per la família o amics.
- Problemes de concentració, de memòria o per prendre decisions.
- Pensar en fer-se mal a si mateixa o al bebè.
- Disminució de la libido.
- Sobreprotecció del nen. La mare veu al bebè sempre malalt, fet que motiva repetides consultes a l'especialista. A vegades, aquesta situació és l'únic símptoma d'una depressió silenciosa de la mare.
- Rarament pot aparèixer una intolerància extrema al bebè, la mare arriba a cridar-li i fins i tot a pegar-lo.

Els autors **Urdaneta i col·ls** (10) afirmen que les dones múltiples presenten més ideació suïcida respecte a les primigestes.

### 3.4. Causes de la DPP

Segons diversos autors (5,15,17,18), no es coneixen amb certesa els desencadenants de la DPP, però sí que s'han descrit diversos factors relacionats amb la seva presentació.

Segons les **teories biològiques i químiques**, les causes poden ser (4,17–19):

- Un **fenomen de retirada** pel ràpid descens de les hormones sexuals, associat a la modificació del cortisol plasmàtic. El responsable del problema podria ser una significant susceptibilitat de certes dones a aquests canvis.
- Una **disminució del nivell de triptòfan lliure en sèrum**. La disponibilitat del triptòfan circulant és el factor principal que regula l'activitat de l'enzim que constitueix el pas limitant en la síntesi de serotonina, el descens de la qual juga un paper predominant com a desencadenant de la depressió. No obstant això, l'administració de triptòfan en l'embaràs no la prevé, amb el que sembla que hi ha algun altre mecanisme de modulació en la síntesi dels neurotransmissors.  
Entre el primer i el segon dia del post-part, en les dones s'observa una elevació del triptòfan sèric com a mecanisme de compensació, fet que no tindria lloc en les dones que acaben desenvolupant un quadre depressiu puerperal.
- L'existència d'una alta **resposta a l'hormona de creixement** després de l'administració d'apomorfina (agonista dopaminèrgic) en dones que desenvolupen psicosis afectives, fet similar al trobat en la psicosi postpart.
- **Alteració de la funció tiroïdal**, ja que els símptomes són semblants a l'hipotiroïdisme. A més, hi ha una major incidència de tiroïditis autoimmune en el període puerperal.

### 3.5. Factors de risc

El fet d'haver patit una depressió prèvia s'associa amb un risc del 24% de patir-ne una altra després del naixement del fill/a. A més, els antecedents de depressió durant l'embaràs es relacionen amb un risc superior, fins i tot del 35%. La DPP prèvia és un factor de risc especialment significatiu de recurrència (13). A continuació es troben els factors de risc de la DPP.

#### **Factors de risc de la DPP (13,20,21):**

- Depressió prenatal o ansietat durant la gestació.
- Antecedents de depressió, sobretot DPP.
- Relació disfuncional de parella.
- Síntomes depressius durant la gestació.
- Suports psicosocials inadequats, com la falta de suport de la parella, família o amics.
- Fets vitals estressants durant la gestació: mort d'un ser estimat, pèrdua de feina, violència domèstica o malaltia.
- Baix nivell socioeconòmic.
- Morbiditat materna, que inclou l'existència de problemes de fertilitat de la parella, embaràs múltiple, avortaments previs, complicacions durant l'embaràs i el part i la coexistència de malalties cròniques de la mare.
- Antecedents familiars de depressió o altres malalties mentals.
- Morbiditat del nounat, que inclou complicacions mèdiques durant el part prematur o que el bebè neixi amb alguna patologia, com ara problemes respiratoris, infecciosos, icterícia, mort neonatal, entre altres.
- Problemes d'abús de l'alcohol o drogues.

Els autors **Fitelson i col·ls** (13) afirmen que la salut mental sovint no es prioritza com un problema en alguns països poc desenvolupats, on l'accés a la nutrició bàsica i cuidatge de la salut no són consistents. També suggereixen que la depressió durant el puerperi pot ser a la vegada més comú i més greu per les dones i els seus fills, en els països amb ingressos més baixos. En aquests països es preveuen unes taxes de DPP superior al 25% i fins i tot, en alguns llocs pot arribar al 60%. La intersecció dels factors culturals, interpersonals i socioeconòmiques també poden augmentar el risc de patir una DPP.

**Kettunen i col·ls** (22) afegeixen que els ràpids canvis en els nivells hormonals que es produeixen durant el part poden portar a les dones a patir DPP.

### 3.6. Factors protectors

A part dels factors de risc, també s'han descrit un conjunt de factors protectors, que disminueixen el risc de DPP. Entre ells es troben els **estils cognitius positius**, els **nivells elevats d'autoestima**, les **bones relacions de parella**, que ajudaran a afrontar l'estrès inicial de la maternitat. També la **percepció materna de suport** tant en les tasques domèstiques com en les de criança, perquè la disponibilitat i l'ús efectiu de les xarxes de suport social poden mitigar el desenvolupament o la severitat del quadre depressiu (4,23).

De la mateixa manera s'ha descrit com a factor protector, especialment en mares primerenques, l'alimentació del nadó amb **lactància materna**. Aquesta induiria alguns beneficis psiconeuroinmunològics, reduint l'activitat inflamatòria en atenuar l'elevació de cortisol, ACTH, epinefrina i norepinefrina i disminuiria la reactivitat materna a l'estrès propiciant comportaments nutricis cap al nadó. Per contra, el cessament brusc o la seva curta durada, s'ha associat a una major probabilitat d'ocurrència de DPP (4).

### 3.7. Diagnòstic

La detecció precoç de la DPP és difícil, fet que provoca que la seva incidència estigui subestimada i que moltes pacients que la pateixen passin desapercabudes, ja que en funció de les expectatives socials han d'estar contentes i plenes de satisfacció després de l'esdeveniment i poden mostrar-se receloses a revelar els seus sentiments. Dificulta encara més el diagnòstic el fet que el període postpart està associat a canvis psicològics i complicacions somàtiques que poden semblar-se a un quadre depressiu (24).

Llavors per al diagnòstic de la depressió post-part és necessari realitzar una entrevista clínica minuciosa, amb el temps de duració que sigui necessari (entre 45 i 60 min). No obstant, a la pràctica resulta complicat dur a terme aquesta entrevista a totes les mares. Per això, el que es fa primer és aplicar una prova de rastreig i després seguir els criteris diagnòstics, com veurem a continuació .



### **Cribatge de símptomes de DPP**

Com s'ha comentat, per una part és necessari utilitzar una **prova de rastreig**, que ens permet detectar quines mares necessitaran una avaluació diagnòstica. La prova més utilitzada per aquest fi és l'**EDPE** (veure annex 1), que és àmpliament emprada en diversos països. Encara que no pot ser utilitzada com a únic element de cribatge neonatal, si que és útil com a instrument de detecció de persones en risc, gràcies a que la seva especificitat i sensibilitat són elevades. També és la més utilitzada per la facilitat de poder reproduir-la sense cost i a la rapidesa i accessibilitat de la seva aplicació, qualificació i interpretació (24,25).

A l'apartat de metodologia hi ha més informació d'aquesta escala.

Hi ha uns altres qüestionaris i escales que també es poden utilitzar per al rastreig i que ens permetran detectar quines dones necessitaran una avaluació diagnòstica. Aquests són: el qüestionari de salut general de Golberg (d'ara en davant QSGG), el qüestionari revisat de predictors de la depressió post-part, l'inventari de depressió de Beck i l'escala de cribatge de depressió post-part (d'ara en davant ECDP).

- El **QSGG-12** és un qüestionari que va dirigit a la població general amb l'objectiu d'identificar el risc de desenvolupar malalties mentals. És un test adequat per al cribatge de trastorns psiquiàtrics menors. Gràcies a això, també es pot utilitzar en puèrperes. Aquest test engloba 4 àrees psiquiàtriques fonamentals: depressió, ansietat, inadequació social i hipocondria. A les 2 primeres alternatives de cada pregunta se'ls assigna una puntuació de 0 i a les 2 últimes, una puntuació de 1. Llavors fins a 4 punts, indica absència de psicopatologia, de 5 a 6, sospita de psicopatologia i de 7 a 12, indicatiu de presència de psicopatologia (26).

Aquest qüestionari es troba a l'annex 2, taula 5

- El **qüestionari revisat de predictors de la depressió post-part** també ens serveix per al cribatge de la DPP. Permet valorar els predictors de risc de la malaltia, tant durant la gestació com després del part (27).

A l'annex 2, taula 6 es troba aquesta escala.

- L'**inventari de depressió de Beck** és un test que especifica el temps de la simptomatologia, centrant-lo en les últimes dues setmanes. El qüestionari conté 21 ítems i està dissenyat per avaluar la gravetat de la simptomatologia depressiva, però no realitzar un diagnòstic de trastorn depressiu. En cada un dels ítems la persona ha

d'elegir entre un conjunt de 4 alternatives ordenades de menor a major gravetat, la frase que millor descriu el seu estat d'ànim de les últimes dues setmanes. Cada ítem es valora de 0 a 3 punts en funció de l'alternativa escollida i després de sumar tots els punts, s'obté una puntuació total que varia de 0 a 63. Un resultat igual o superior a 17 indica que la dona té risc de desenvolupar DPP (28).

A l'annex 2, taula 7 es troba aquest test.

- **L'ECDP** s'utilitza únicament en el període post-natal i disposa d'una gran especificitat i sensibilitat. Es basa en diversos aspectes de la nova situació en la que es troba la dona després de donar a llum, entre ells: el son/alimentació, ansietat/inseguretat, habilitat emocional, alteracions cognitives, pèrdua d'identitat i culpa/vergonya (29).

A l'annex 2, taula 8 es troba el tipus de preguntes a realitzar en aquesta escala.

### **Criteris diagnòstics**

Per una altra part, segons el **Manual Diagnòstic i estadístic (DSM-IV)**, els criteris diagnòstics de la DPP inclouen almenys 2 setmanes de baix estat d'ànim persistent o anhedònia, així com també almenys 4 de les següents característiques (30):

- Augment o disminució de l'apetit.
- Alteracions de la son.
- Agitació o alentiment psicomotrius.
- Falta d'energia.
- Sentiments d'inutilitat.
- Baixa concentració.
- Idees suïcides.

Les dones que presenten un episodi depressiu, elevació de l'humor o símptomes psicòtics, han de ser examinades per veure si tenen antecedents de mania o hipomania per descartar el trastorn bipolar no diagnosticat anteriorment (30).

Els trastorns d'ansietat són comuns en les mares en el període puerperal. A més la dona pot tenir depressió juntament amb símptomes obsessiu-compulsius, trastorns d'ansietat generalitzada, trastorns de pànic o trastorns d'estrès post-traumàtic. Per això, és important identificar correctament una DPP (30).

### 3.8. Conseqüències

La evidència científica actual suggereix que a diferència del que succeeix amb els trastorns depressius en altres etapes de la vida de la dona, la DPP provoca un doble impacte negatiu, ja que afecta tant a la mare, la que pateix directament la malaltia, com al fill, que depèn totalment dels cuidatges d'aquesta per al seu benestar físic i emocional. Per això, la depressió materna no tractada és associada amb una morbiditat greu per la mare, el bebè i el sistema familiar.

A continuació es parlarà de les conseqüències que pot tenir la DPP tant en la mare com en el fill.

#### **Conseqüències per la mare (31):**

La malaltia acostuma a anar acompanyada per un considerable patiment emocional i provoca un deteriorament important en la qualitat de vida, tenint repercussió en diverses àrees de funcionament de la mare. A més, a l'experimentar un episodi depressiu en el post-part, queda exposada a un major risc de futures depressions, ja sigui en nous puerperis, com en qualsevol altre moment de la seva vida.

Degut a la DPP, la dona pot ser incapaç de sentir satisfacció en el paper de mare, de connectar amb el seu fill o de portar a terme tasques de cuidar a un nou bebè. Aquesta desconexió pot reforçar l'aïllament, el sentiment de culpa, la impotència i la desesperança, que sovint caracteritzen l'estat depressiu. Segons **Fitelson i col·ls** (13) les dones que pateixen DPP tenen més risc de fumar, d'abús d'alcohol i altres substàncies il·lícites i tenen més probabilitats que les dones no deprimides a experimentar abús físic, emocional o sexual.

Encara que les taxes de suïcidi en dones durant l'embaràs i el puerperi són més baixes que en la població general i que en períodes no puerperals, el suïcidi és una causa important de mortalitat materna. Les lesions auto-infligides són la principal causa de mortalitat materna en un any al Regne Unit. Un estudi realitzat per la **Organització Mundial de la Salut (OMS)** (32) sobre la salut de la dona, identifica les lesions auto-ocasionades com la segona causa de mortalitat materna en els països d'alts ingressos; a més, el suïcidi continua sent també una causa important de mortalitat en els països de mitjans i baixos ingressos.

Els pensaments intrusius de dany accidental o intencional per al bebè són comuns, freqüents i angoixosos en el període de post-part precoç, no obstant, al ser una depressió no psicòtica, les mares tenen poques probabilitats de cometre un infanticidi.

A part, també es veuen afectades altres conductes parentals, com són els hàbits de son problemàtics.

### **Conseqüències pel fill (33):**

L'impacte negatiu de la depressió materna en els seus fills és considerable, ja que té efectes perjudicials significatius sobre la capacitat de la mare per interactuar apropiadament amb ells.

Les mares amb DPP acostumen a tenir menys disposició a estimular els seus fills mitjançant interaccions vocals, físiques i de joc, i tendeixen a percebre de manera negativa al seu nadó. Llavors es dificulta més el seu cuidatge i es presenta aïllament matern i hostilitat.

Les dones amb depressió és possible que es mostrin menys disposades a iniciar i mantenir la lactància materna, a més de que els símptomes depressius normalment porten a la interrupció precoç d'aquesta.

Aquestes alteracions en la interacció materno-infantil s'associen amb un menor funcionament cognitiu i desenvolupament emocional advers en els nens, fet que té lloc independentment de les diferències culturals i econòmiques. A més, els fills de dones amb DPP tendeixen a desenvolupar relacions d'afecte fràgils, amb una freqüència considerablement més gran que els fills de mares sense depressió. També presenten amb freqüència trastorns conductuals i interpersonals, accidents, ingressos hospitalaris i major risc de maltractament infantil.

En els països de baixos ingressos, la depressió materna també s'associa amb la desnutrició.

## **3.9. Tractament**

La depressió materna que no és tractada s'associa amb una greu morbiditat per la dona, ja que causa un patiment significatiu. El tractament requereix un abordatge que tingui en compte la multiplicitat dels factors relacionats amb la seva ocurrència i manutenció i les implicacions que té tant per la mare com pel fill.

Segons **Sharp i col·ls** (34) alguns estudis que analitzen comparativament la efectivitat de diferents intervencions terapèutiques pel tractament de la DPP, arriben a la conclusió que per reduir la simptomatologia depressiva en puèrperes, la teràpia farmacològica mostra una major efectivitat vers les intervencions no farmacològiques. No obstant, encara que els medicaments antidepressius siguin la millor opció per revertir la condició clínica, hi ha antecedents que

demostrin que les intervencions psicosocials i psicològiques també són una alternativa sobretot si s'inicien de forma precoç.

Encara que aquest projecte tracta sobre la DPP, també es parlarà del tractament dels altres dos tipus de trastorns puerperals. Pot ser farmacològic o no farmacològic depenent del tipus:

### **Tristesa puerperal o Maternity Blues (13):**

Aquest tipus de DPP és passatgera i no té conseqüències a llarg termini, fet que fa que no siguin necessàries intervencions psiquiàtriques. El tractament consisteix en tranquil·litzar, donar suport i educació en la majoria dels casos. És important realitzar un control posterior per garantir que els símptomes no persisteixin o evolucionin cap a una DPP.

### **Depressió post-part (13):**

En aquest cas les estratègies de tractament que millor funcionen són les multifactorials. És a dir, inclouen la educació, la psicoteràpia, grups de suport, la derivació a associacions d'autoajuda i assessorament conjunt si la relació amb la parella és problemàtica. També són efectives la teràpia interpersonal i la cognitivo-conductual.

### **Psicosi post-part (13):**

El tractament és bàsicament farmacològic, ja que es recomana iniciar amb antidepressius.

Els medicaments antidepressius realitzen el seu efecte terapèutic mitjançant el bloqueig de la recaptació de neurotransmissors com serotonina, dopamina i norepinefrina, entre d'altres. Existeix suficient evidència que recolza l'ús d'alguns medicaments antidepressius per al tractament de la DPP que no involucren risc per als bebès que són alimentats amb lactància materna. Els fàrmacs antidepressius d'elecció són els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (d'ara en davant ISRS). Els antidepressius tricíclics són uns fàrmacs de segona elecció, ja que s'associen més freqüentment amb sedació excessiva i efectes adversos anticolinèrgics (35).

Entre els ISRS, la Sertralina i la Paroxetina s'haurien de considerar com a primera opció en el tractament de la DPP de dones que desitgen continuar alletant. El seu ús no comporta riscos per al lactant ja que no s'han detectat nivells sanguinis significatius d'aquests fàrmacs. En el cas de les puèrperes, es recomana iniciar el tractament amb la meitat de la dosi recomanada per disminuir la sensibilitat inicial al fàrmac i l'aparició d'efectes secundaris (35).

S'ha vist que el Carbonat de liti també és eficaç en aquests casos (en cas d'instaurar-se s'hauria d'interrompre la lactància materna) (4).

### **Intervencions no farmacològiques:**

Un cop vists els tipus de tractament, aquest projecte es centrarà en els que són no farmacològics. Les **intervencions no farmacològiques**, sobretot si s'inicien de manera precoç, també poden arribar a ser molt efectives tant en el tractament com en la prevenció de la DPP. Es podrien definir com aquelles dirigides a millorar la salut o benestar d'una persona sense l'ús de medicaments. Algunes d'aquestes poden ser:

- **Llibre d'autoajuda:** és un llibre que tracta temes de maternitat i paternitat.
- **Ioga:** consisteix en un conjunt d'exercicis de concentració i relaxació que s'aniran ensenyant a les gestants.
- **Teràpia psico-educativa:** són sessions grupals en les quals les mares s'ajuden entre elles compartint experiències. Segueix un enfocament psico-educatiu.
- **Massatges terapèutics a la mare:** són un conjunt de massatges que es realitzen a la mare, si és possible, per part de la seva parella.
- **Massatges al nadó:** es tracta d'una teràpia de massatges que la mare aplica al seu nadó.

## 4. Objectius

### **General:**

Disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones ateses a l'àrea Bàsica de salut d'Almacelles, a partir d'una intervenció no farmacològica formada per: un llibre d'autoajuda, una teràpia de massatges a la mare, exercicis de ioga, massatges terapèutics al nadó i teràpia psico-educativa.

### **Específics:**

- Detectar les gestants que tenen risc de patir DPP.
- Promocionar atenció a la dona embarassada per identificar quins factors de risc té de patir DPP.
- Avaluar la satisfacció de les mares respecte a les intervencions realitzades.
- Detectar quines de les activitats plantejades tenen més relació amb les necessitats de les pacients.

## 5. Metodologia

Dels tipus de depressió puerperal explicats anteriorment (tristesa puerperal, DPP i psicosi puerperal), s'ha decidit centrar la intervenció d'aquest projecte en la DPP, perquè és el tipus que millor es pot abordar amb intervencions no farmacològiques (en aquest cas, amb un enfocament preventiu) gràcies a activitats com la psicoteràpia, grups de suport, teràpies de massatges, entre altres.

Aquest projecte consistirà en un programa d'intervenció dirigit a la prevenció de la DPP i es tracta d'un estudi quasi-experimental, en el qual cada individu actua com el seu propi control i s'avalua la resposta abans i després de la intervenció. El tipus d'estudi que s'utilitza és un assaig clínic pre i post (36).

Per poder avaluar aquesta resposta, abans d'iniciar la intervenció, es passarà l'escala EDPE (veure annex 1) a les dones embarassades que reben atenció en l'ABS d'Almacelles, per avaluar quin risc tenen de patir DPP. Un cop aplicada la intervenció a aquesta mostra, es tornarà a repetir per valorar l'efectivitat del programa.

S'ha escollit l'escala **EDPE** perquè és útil com a instrument de detecció de persones en risc, gràcies a la seva alta especificitat i sensibilitat. Un altre motiu pel qual és la més utilitzada és per la facilitat de poder reproduir-la sense cost i a la rapidesa i accessibilitat de la seva aplicació, qualificació i interpretació (25).

La EDPE analitza la simptomatologia depressiva de les pacients. És una escala composta per 10 ítems que fan referència als símptomes que la mare pot haver experimentat durant els últims 7 dies. Cada resposta té un valor que oscil·la entre 0 i 3, podent obtenir un resultat màxim de 30 punts. Pel que fa a la interpretació dels valors, està establert que la puntuació normal és menor o igual a 11 en l'embaràs, menor de 16 als 15 dies del puerperi i menys de 9 als 30-40 dies del post-part (37).

Aquesta escala avalua els següents ítems:

- Si la mare ha sigut capaç de riure i veure el costat positiu de les coses.
- Si ha mirat el futur amb plaer.
- Si s'ha culpat sense necessitat quan les coses no sortien bé.
- Si ha estat ansiosa i preocupada sense motiu.
- Si ha sentit por i pànic sense motiu.



- Si les coses l'opremeixen i l'angoixen.
- Si el seu nivell d'infelicitat li ha dificultat dormir.
- Si s'ha sentit trista i desgraciada.
- Si ha estat tant infeliç, que ha estat plorant.
- Si ha pensat en fer-se mal a si mateixa.

La durada de la intervenció serà de 7 mesos, temps que es necessita segons l'evidència científica per poder treballar correctament les diferents activitats, i que les mares les puguin dur a terme un cop acabades totes les sessions (38,39).

Gràcies a la consulta de seguiment que es realitzarà un cop iniciada la intervenció es podran detectar les possibles alteracions que puguin aparèixer i d'aquesta manera poder-les solucionar a temps. Aquesta també és una manera d'assegurar la continuïtat de la participació de les mares.

## **5.1 Població diana**

La població diana a la que va dirigit aquest projecte, i per tant la que ens interessa estudiar i aplicar-hi el pla d'intervenció, són les dones embarassades del poble d'Almacelles, concretament, les que són ateses en l'Àrea Bàsica de Salut (d'ara en davant ABS) d'aquesta població i que presentin factors de risc de desenvolupar DPP. La intervenció consisteix en un programa amb l'objectiu de disminuir la prevalença de la DPP en aquesta ABS. El procés de selecció es farà mitjançant les visites de control de la gestació que porta a terme la llevadora o la infermera, en les quals aquesta explicarà quins són els possibles símptomes de depressió post-part i s'informarà a les mares que si estan d'acord se'ls passarà un qüestionari per detectar si tenen risc de patir DPP. També se'ls explicarà que en cas de tenir aquest risc, hi ha un programa destinat a elles, que ha estat dissenyat concretament per reduir la simptomatologia de la DPP.

S'ha escollit l'ABS d'Almacelles perquè és un centre en el qual últimament ha augmentat el nombre de dones embarassades ateses, en part també perquè és el centre de referència dels pobles de Raimat, Sucs, Gimènells i Pla de la Font. A més, aquesta ABS ha donat facilitats per a l'accés a les dades (totalment anònimes i confidencials) referents al nombre de gestants ateses per any, necessàries per poder dur a terme aquest projecte.

Aquest centre atén anualment una mitjana de 60-70 dones embarassades a la consulta de la llevadora i/o infermera. Són aquestes dones a les que es passarà l'escala EDPE i les que compleixin els criteris d'inclusió, i ho desitgin, participaran en el programa.

### **Criteris d'inclusió**

- Estar embarassada.
- Estar al tercer mes de gestació.
- Obtenir una puntuació en l'escala EDPE igual o superior a 12.

### **Criteris d'exclusió**

- Dones que ja presentin DPP o algun altre tipus de depressió.
- Contraindicació de realitzar activitats físiques i/o presència de dolor en l'execució de les mateixes.

## **5.2 Professionals**

Els professionals sanitaris que participaran en aquest programa són:

- **Llevadora/infermera:** és la que portarà a terme la reclutació de les pacients, la que realitzarà el seguiment i estarà present en totes les activitats com a figura referent en quant a l'educació per la salut.
- **Infermera i fisioterapeuta pediàtrics:** s'encarregaran de la teràpia de massatges infantils.
- **Fisioterapeuta:** és el que s'encarregarà de la sessió de teràpia de massatges a la mare.
- **Fisioterapeuta expert en ioga:** és el que portarà a terme la sessió de ioga.
- **Psicoterapeuta:** és el que guiarà la psicoteràpia i el llibre d'autoajuda.

### 5.3 Metodologia de cerca

Per a la realització d'aquest projecte s'ha efectuat una revisió exhaustiva de la literatura científica actual, que tracta sobre programes per disminuir la prevalença de la DPP. Per trobar aquesta literatura s'han consultat diverses bases de dades. Els estudis consultats són assajos clínics i estudis quasi-experimentals.

Les bases de dades que s'han consultat són: Pubmed, Google Scholar, Cinahl i Scielo.

Les paraules clau de la cerca són: depressió, puerperi, infermeria, embaràs, salut mental, prevenció depressió post-part.

Els **criteris d'inclusió d'articles** utilitzats són:

- Possibilitat de consultar el text complert i accés obert.
- Publicat en els últims 10 anys.
- Llengua: català, castellà i anglès.

Els **criteris d'exclusió d'articles** són:

- Estudis sense fiabilitat científica.

### 5.4 Síntesi de l'evidència trobada

Per tal de poder confeccionar una correcta intervenció, s'ha realitzat una cerca exhaustiva d'estudis relacionats amb la DPP en diferents bases de dades. La intervenció que més endavant es descriurà ha estat elaborada a partir de l'evidència científica.

Segons els diferents estudis consultats, hi ha intervencions per reduir la prevalença de la DPP que es poden aplicar durant la gestació i també durant el puerperi, com es veurà a continuació.

Un estudi realitzat per **Milgrom i col·ls** (38) presenta un llibre d'auto-ajuda, anomenat "Cap a la paternitat", que està format per 9 unitats i basat en el **model cognitiu-conductual**. Els pares se l'han d'anar llegint i un grup d'infermers i psicòlegs, s'encarregaran de realitzar un seguiment telefònic setmanal, amb l'objectiu de reforçar i discutir els continguts abordats en cada unitat. Els continguts inclosos inclouen tant la maternitat com la paternitat, la resolució de problemes, pensaments saludables, els cuidatges del bebè, equilibri i benestar, entre altres aspectes. La intervenció s'efectua durant l'embaràs i continua després del naixement del bebè. Els resultats d'aquest estudis demostren unes dades significativament inferiors de depressió, ansietat i estrès en les mares que pertanyen al grup experimental.

Segons els autors **Austin i col·ls** (40), **Lara i col·ls** (41), **Crockett i col·ls** (42) i **Tandon i col·ls** (43), el **model cognitiu-conductual** és el més utilitzat en les intervencions exitoses que van encaminades a reduir la depressió materna, tenint en compte principalment modalitats grupals i visites domiciliàries. En els seus continguts inclouen la entrega d'informació sobre depressió perinatal, la promoció de pensaments positius, el desenvolupament d'activitats que aportin plaer, com també l'activació de xarxes de suport. En canvi, alguns altres estudis, com ara el realitzat per **Ho i col·ls** (44), consideren només intervencions educatives i entrega d'informació sobre la DPP a les mares, incloent també el lliurament de tríptics a aquestes. Un altre estudi realitzat per **Honey i col·ls** (45), també considera el model cognitiu conductual i complementa la intervenció psico-educativa grupal amb visites domiciliàries dutes a termes per infermers/eres. Aquest estudi mostra resultats favorables en la disminució de la depressió.

Segons diversos autors (46–50), el fet de realitzar **ioga** durant la gestació ajuda a reduir l'ansietat en la dona de cara al part i ajuda a prevenir l'aparició o l'empitjorament de la simptomatologia depressiva.

**Newham i col·ls** (48) asseguren que la depressió prenatal i l'ansietat estan associades amb resultats adversos per la salut obstètrica i mental, per això s'han de buscar teràpies no farmacològiques per intentar evitar aquests resultats adversos. Un d'ells és la ioga, que incorpora tècniques de relaxació i respiració amb postures que es poden personalitzar per les dones embarassades. Han arribat a la conclusió que la ioga sembla ser efectiva per reduir l'ansietat de la mare de cara al part i per prevenir l'aparició o augment de la simptomatologia depressiva.

En la mateixa línia, **Field i col·ls** (46) en el seu estudi afirmen que el fet de practicar ioga disminueix la simptomatologia depressiva, l'ansietat, el dolor d'esquena i de cames. S'ha vist també, que gràcies a aquesta pràctica, les mares participants en l'estudi van tenir una major edat gestacional i pes al néixer, en comparació amb el grup control.

Els mateixos autors en un altre estudi han vist que les dones embarassades que van ser assignades a un grup de ioga, al final de la intervenció, aquest exercici va contribuir als afectes positius per les dones, ja que van obtenir una menor puntuació de simptomatologia depressiva, afecte negatiu, símptomes somàtics/vegetatius, ansietat, estrès, desconfort de la gestació i alteracions del son (47).

**Field i col·ls** (46,51) tracten la depressió materna a través de la utilització de **massatges terapèutics** en l'embaràs, tenint en compte diferents variacions, ja que es pot tractar de massatges desenvolupats per la parella, per persones significatives o per un expert. Segons aquest estudi totes aquestes intervencions reporten una milloria en la simptomatologia depressiva de les mares. Un resultat interessant de la inclusió de la parella en la realització de massatges, és la millora reportada en la relació amb la gestant, fet que probablement aporta una contribució positiva a l'estat d'ànim.

Els autors **Olhaberry i col·ls** (52) parlen d'un estudi que està dirigit a mares que presenten puntuacions elevades a l'EDPE. La intervenció està basada en **massatges infantils** i la **participació setmanal en grups de suport** de 5 sessions, per a desenvolupar estratègies per millorar les dificultats quotidianes. El programa de massatge infantil està monitoritzat per un instructor entrenat i certificat, que guiarà a les mares en l'aplicació de massatges als seus bebès, destacant la lectura de senyals infantils durant el procediment. Aquesta intervenció va mostrar una disminució de la simptomatologia depressiva materna i millores en el vincle mare-bebè, amb diferències notables entre els grups experimentals i el control.

En la mateixa línia, **Kalinauskiene i col·ls** (53) en el seu estudi se centren bàsicament en l'afecte. És una intervenció que utilitza **visites domiciliàries** i considera 5 sessions. Aquestes inclouen la gravació de la interacció de la dona amb el seu bebè i el seu ús per a retroalimentar a la mare, indagant en el comportament i funcionament quotidià del bebè i les conductes de plor del mateix. Els resultats obtinguts mostren millores en la sensibilitat materna, però no diferències significatives en el patró de l'afecte infantil entre els grups experimental i control. En canvi, segons una guia de pràctica clínica d'atenció en l'embaràs i el puerperi, del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (54), en un estudi amb una mostra de 1663 dones s'ha avaluat la eficàcia de la realització de visites domiciliàries post-part per part de professionals sanitaris (infermeres i llevadores). S'ha vist que a les 16 setmanes després del part, les visites domiciliàries van reduir un 32% el risc de presentar simptomatologia depressiva.

Les autores **Franco i Rivera** (55) presenten el **programa d'autoajuda** de la prevenció de la depressió post-part, que consisteix en incloure en un grup a gestants amb problemes emocionals, que guiada per un o diversos professionals, tenen el propòsit d'ajudar-se les unes a les altres a vèncer les seves dificultats. Enriqueix l'aprenentatge a través de l'intercanvi d'idees i experiències. Es pretén ensenyar als membres estratègies per vèncer els seus

problemes actuals i afrontar els futurs. Desenvolupa el sentit de solidaritat, cooperació, tolerància i comprensió. Propicia oportunitats per aclarir errors i mites, amb discreció. Aquesta teràpia segueix un enfocament psico-educatiu, perquè es tracta d'una experiència didàctica semiestructurada, ja que durant algunes sessions, es donarà material de suport, per complementar la teràpia. Així s'aconseguirà major interès i atenció de les mares. És important fer una valoració prèvia a l'aplicació de la teràpia de grup, per comparar els resultats amb els posteriors a la intervenció.

En una línia semblant a aquesta intervenció, segons la guia de pràctica clínica del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (54), està un estudi que incloïa 701 dones que estaven en les dos primeres setmanes després del part i que presentaven un risc de patir DPP. Aquesta intervenció pretenia avaluar l'efectivitat del **suport telefònic** per part d'altres dones voluntàries que havien patit i superat una DPP. El criteri establert per definir el risc de patir una DPP va ser el d'obtenir una puntuació superior a 9 en l'EDPE entre les 24 i les 48h després del part. Les dones es van aleatoritzar a un grup control i un grup amb suport telefònic. El contacte telefònic s'havia d'iniciar entre el segon i tercer dia després de l'aleatorització dels grups i consistia en un mínim de 4 contactes telefònics i després la interacció es realitzava segons fos necessari. A les 12 setmanes després del part, les dones del grup intervenció tenien una menor probabilitat de presentar símptomes de DPP en comparació amb les del grup control. A més, la puntuació mitjana de l'EDPE va ser inferior en el grup intervenció que en el control.

Les matrones **Carrascón, García i col·ls** (56) han realitzat un estudi observacional, prospectiu i multicèntric anomenat "Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto" en el que han aplicat una intervenció que consistia en què durant la **visita de control gestacional** entre les 28 i les 35 setmanes es convidava a les mares a realitzar l'EDPE de correcció instantània. Un cop realitzat, s'informa la mare de la puntuació obtinguda i s'actua en funció d'aquesta puntuació. En el cas de que aquesta sigui una puntuació de risc, es proposa una derivació a la Unitat de Psicopatologia Perinatal i Recerca de Gènere, on els professionals especialitzats aplicaran la intervenció adequada. A més, als 30-40 dies d'haver donat a llum, es torna a realitzar l'escala, seguint els mateixos passos: informant a la mare del resultat obtingut i actuant en funció d'aquest.

## 6. Intervenció

La intervenció en la que es basa aquest projecte tracta d'un programa d'activitats no farmacològiques encaminades a disminuir la simptomatologia de la DPP i d'aquesta manera, reduir la prevalença d'aquesta patologia.

La intervenció estarà formada per 5 sessions que es realitzaran a l'aula d'educació sanitària de l'ABS, en les que es desenvoluparan les diferents activitats durant l'embaràs i després del part. El programa tindrà una única sessió magistral al començament (en la que se'ls explicarà en què consistirà el programa i les diferents activitats que es realitzaran) i 4 classes pràctiques, que són el llibre d'autoajuda, massatges terapèutics en l'embaràs, ioga, teràpia de massatges infantils i teràpia psico-educativa (aquestes dos últimes s'impartiran juntes), de les quals les tres primeres es duren a terme durant l'embaràs i les dos últimes després del part, juntament amb la última unitat del llibre d'autoajuda. Aquestes sessions s'aniran realitzant consecutivament cada setmana, fins al tercer mes després del part. El grup estarà format per un màxim de 15 dones.

Totes les activitats esmentades són **intervencions no farmacològiques**, que són aquelles destinades a millorar la salut o el benestar d'una persona, sense que impliqui l'ús de medicaments (57). Com es pot veure, totes les intervencions d'aquest projecte compleixen amb aquesta definició:

- **Llibre d'autoajuda:** és un llibre format per 9 unitats que tracten tant la maternitat com la paternitat, la resolució de problemes, pensaments saludables, els cuidatges del bebè, entre altres aspectes, que permetrà als progenitors familiaritzar-se més amb el fet de ser mare/pare, resolent dubtes i desconeixements que puguin tenir (38).
- **Massatges terapèutics a la mare:** són un conjunt de massatges que es realitzen a la mare, preferiblement per part de la seva parella o una altra persona significativa i si això no és possible, per un expert. El fet d'incloure la parella, millora la relació entre els dos. Aquests massatges ajuden a la mare a relaxar-se i a disminuir l'estrès (51).
- **Ioga:** són un conjunt d'exercicis de concentració i relaxació que s'aniran ensenyant a la mare i que l'ajudaran a reduir la seva ansietat durant la gestació i el part. Practicar aquests exercicis durant la gestació disminueix la depressió i l'ansietat, que es tradueix en les mares en menys estrès i malestar, menys molèsties i un part menys dolorós i en menys temps (48).

- **Massatges al nadó:** es tracta d'un conjunt de massatges que la mare aplica al seu nadó i que li permetran identificar i interpretar les senyals del mateix, millorant la relació i fent possible una retroalimentació entre els dos (52).
- **Teràpia psico-educativa:** consisteix en sessions grupals amb un enfocament psico-educatiu, en els quals les mares s'ajuden entre elles mitjançant l'intercanvi de sentiments, idees i experiències. Aquest fet els permetrà adoptar estratègies per poder superar els seus problemes (55).

El programa tindrà una durada de 7 mesos. Començarà al setembre i acabarà a l'abril. En l'apartat 6.3. es troba el cronograma.

En el desenvolupament de les sessions, participaran diferents professionals, com s'ha explicat anteriorment, però en totes estarà present la infermera, com a persona referent i de suport, en cas d'aparició de dubtes sobre l'embaràs o el part.

Per afavorir la continuïtat del programa, s'explicarà a les mares que és recomanable que vagin realitzant a casa els exercicis impartits. Per fer-ho poden fer servir un recordatori de cada sessió.

**Aquesta intervenció estarà formada per quatre etapes.**

- **Primera etapa:** promoció del programa, cribratge i obtenció de la mostra
- **Segona etapa:** entrevista, anamnesi i recollida de dades
- **Tercera etapa:** aplicació de la intervenció.
- **Quarta etapa:** avaluació de la intervenció a partir dels resultats que s'obtinguin.

## **6.1. Recursos necessaris**

Per poder dur a terme la intervenció, serà necessari tenir en compte aquests recursos necessaris: humans, materials i econòmics:

### **Recursos humans:**

Es troben especificats a l'apartat 5.2. (Professionals)



**Recursos materials:**

- Per a poder desenvolupar les sessions serà necessària una aula en el Centre d'Atenció Primària. Aquesta ha de ser suficientment gran perquè hi càpiguen les dones que participen en el programa (màxim 15).
- També es necessitarà material com cadires, un ordinador connectat a un projector, una pissarra amb retolador, estoretes, un matalàs per cada parella (per poder fer la teràpia de massatges), olis per a massatges i nines per als massatges infantils.

**Recursos econòmics:**

El programa tindria el cost d'aquells professionals que no participessin en el mateix amb intenció de col·laboració.

A més, també s'ha de tenir en compte el cost de l'adquisició dels llibres d'autoajuda de 9 unitats que s'entregarà a les mares.

**6.2. Etapes i sessions del programa****6.2.1. ETAPA 1: PROMOCIÓ DEL PROGRAMA, CRIBRATGE I OBTENCIÓ DE LA MOSTRA**

Aquesta intervenció començarà durant l'embaràs i acabarà després del part.

Per a poder ser **incloses en el programa**, la reclutació es farà a través de les visites amb la llevadora i amb la infermera. Quan les mares acudeixin a les revisions pertinents per al seguiment i control de l'embaràs al tercer mes de gestació, se'ls preguntarà si desitgen que se'ls passi una escala que avalua el seu risc de patir DPP. Un cop acceptin, es passarà l'EDPE i les que obtinguin una puntuació igual o superior a 12 seran convidades a participar en la intervenció en el cinquè mes d'embaràs.

En el cas de que les mares reuneixin els criteris d'inclusió i estiguin interessades en participar en el programa, se'ls donarà una fulla informativa amb tota la informació sobre: de què tractarà, de quines sessions estarà format, l'objectiu que es desitja aconseguir, els possibles riscos, juntament amb una breu explicació de la DPP (veure annex 3).

Un cop la dona tingui tota la informació que necessita, ha de firmar el consentiment informat (annex 4) conforme accepta totes les condicions del programa. Es donarà una còpia d'aquest

consentiment per la mare i l'altra se la quedarà la infermera. Una vegada realitzat aquest procés, la mare serà inclosa en el programa de prevenció de la DPP.

Un cop efectuat aquest pas, es citaran les mares per a una primera consulta per realitzar una entrevista clínica amb profunditat.

Per determinar l'eficàcia d'aquesta intervenció per disminuir la prevalença de la DPP, l'escala EDPE (veure annex 1) es passarà abans de començar el programa i es tornarà a repetir un cop acabat. Gràcies a això, es podrà dur a terme una comparació dels resultats pre i post intervenció.

### **6.2.2. ETAPA 2: ENTREVISTA, ANAMESI I RECOLLIDA DE DADES**

En la primera consulta amb les gestants, abans de començar amb el programa, es realitzarà una entrevista en profunditat, en la que es farà una anamnesi i una exploració general.

Aquesta entrevista clínica permetrà conèixer més concretament, quins són els factors de risc que té cada participant de patir DPP.

#### **Anamnesi i exploració general**

L'anamnesi durant l'entrevista permetrà al personal sanitari aconseguir informació de la pacient, per poder d'aquesta manera incorporar-la a la seva història clínica i possibilitarà conèixer millor quins són els factors de risc de cada una. Per fer-ho s'han de valorar aquests aspectes (veure annex 6):

- |   |   |
|---|---|
| ▪ Antecedents mèdics/obstètrics/familiars, per detectar antecedents depressius. | ▪ Consum d'alcohol o drogues.                     |
| ▪ Fets vitals estressants recents   | ▪ L'augment o descens en l'activitat psicomotora. |
| ▪ L'ànim depressiu.   | ▪ La pèrdua de concentració.                      |
| ▪ L'anhedònia.  | ▪ El sentiment de culpa o inutilitat.             |
| ▪ La pèrdua d'energia.  | ▪ Les alteracions del son.                        |
| ▪ Els canvis de pes o d'apetit.   | ▪ La ideació suïcida.                             |
|   | ▪ L'esfera sociofamiliar.                         |

És important preguntar i anotar a la història clínica de la pacient la ideació suïcida i els factors de risc per portar-la a terme.

### **Exploració social**

S'ha de fer una exploració social general amb l'objectiu de detectar la presència d'indicadors de risc social. Per fer-ho, s'han de valorar els següents aspectes (veure annex 7):

- La situació familiar.
- Les xarxes de suport social.
- La situació econòmica, l'habitatge i els recursos familiars.
- La situació laboral i ocupacional.
- Les estratègies personals d'afrontament.

A la exploració social, també es pot passar el Qüestionari de Funció Familiar APGAR (veure annex 8), que avalua la dinàmica familiar.

Al final d'aquesta primera consulta, es citarà a les mares per començar amb el programa de prevenció amb la primera sessió. A més, també se'ls donarà les següents recomanacions:

- És important assistir a totes les sessions.
- Han d'acudir amb roba còmoda, per facilitar el transcurs de les diferents activitats.

També s'entregarà un tríptic informatiu (veure annex 5) amb la informació sobre les diferents intervencions que es duran a terme.

### **6.2.3. ETAPA 3: PROGRAMA DE PREVENCIÓ DE LA DPP**

#### **Sessió 1: magistral informativa**

**Durada aproximada: 1 hora i 30 minuts**

**Contingut de la sessió:**

A la primera sessió es reunirà a totes les gestants a l'aula reservada de l'ABS d'Almacelles per una primera presa de contacte. Les dones estaran assegudes en forma de cercle, perquè hi hagi un bon contacte visual entre elles i que l'ambient sigui més acollidor. Al començament es farà la presentació de la infermera responsable com la persona de referència i també es farà una presentació del grup, per poder-se conèixer entre les mares.

En aquesta primera sessió es recalcarà la importància de prevenir l'aparició de la simptomatologia de la DPP i es detallarà el cronograma (veure apartat 6.4) de les següents sessions, que tindran una durada entre 1 i 2 hores.

A continuació, la infermera preguntarà a les mares la seva opinió i què coneixen de la DPP. Després, ella els explicarà en què consisteix i els seus possibles símptomes.

També s'informarà a les mares dels beneficis que els poden aportar les diferents activitats que formen el programa.

## **Sessió 2: Llibre d'autoajuda**

### **Durada aproximada: 1h**

Aquest apartat s'ha realitzat a partir dels articles de Milgrom (38), Austin (40) i Lara (41).

Aquesta segona sessió del programa, guiada per infermeria i psicologia, tractarà sobre el llibre d'autoajuda, anomenat "Cap a la Paternitat", que està format per 9 unitats basades en el model cognitiu-conductual. És repartirà el llibre a les mares i se'ls explicarà el seu contingut i el que han de fer.

De les nou unitats, vuit han de ser llegides durant la gestació i una després del part.

A la taula 1 es troben les unitats que formen aquest llibre i el contingut de cada una.

UNITAT	CONTINGUT
<b>Unitat 1: Cap a la maternitat</b>	Busca fomentar el desenvolupament de la relació mare-bebè, reflexionant sobre les experiències de la família d'origen, per facilitar el coneixement de la seva influència en la relació mare-nadó.
<b>Unitat 2: Cap a la paternitat</b>	Va encaminada a nodrir el desenvolupament de la relació pare-bebè, també reflexionant sobre les experiències de la família d'origen, per incrementar la sensibilització cap als pròxims canvis i reptes i la importància de la mobilització de suports.
<b>Unitat 3: Estem esperant! Preparació per la paternitat</b>	Dirigida a facilitar expectatives realistes dels pròxims canvis i entrenament d'habilitats de resolució de problemes.

<b>Unitat 4: El cuidatge de si mateix és el cuidatge del seu bebè</b>	Aquesta unitat està centrada en l'auto-cuidatge, eliminar l'estrès i millorar l'autoestima.
<b>Unitat 5: De amants a pares: gestió de canvis en les relacions</b>	Tracta els canvis de rols mitjançant el foment de la comunicació oberta, l'assertivitat, la intimitat i la reflexió sobre les experiències de la família d'origen.
<b>Unitat 6: Mantenir un equilibri en la seva vida</b>	Desenvolupa estratègies conductuals per afrontar la depressió i l'ansietat.
<b>Unitat 7: Pensament saludable, persona sana</b>	Basada en estratègies cognitives per fer front a la depressió i l'ansietat.
<b>Unitat 8: El cuidatge del recent nascut</b>	Tracta el desenvolupament d'expectatives realistes sobre el cuidatge d'un recent nascut.
<b>Unitat 9: “Benvingut al Club”!</b>	És una sessió post-natal per reflexionar i integrar l'experiència del naixement i la realitat de la maternitat i la paternitat i per reforçar les estratègies discutides anteriorment.

**Taula 1: Unitats del llibre d'autoajuda**

Les mares hauran d'anar llegint a casa les diferents unitats que componen el llibre, a ritme d'un tema cada dos setmanes. La unitat 2 ha estat escrita específicament pels pares/parelles, per tant les mares després de llegir la unitat 1 passaran directament a la tercera. La sessió post-natal s'ha de completar a les 6 setmanes després del part.

Aquesta sessió sobre el llibre d'autoajuda, juntament amb la última, seran les úniques que es realitzaran de forma presencial. Les altres seran telefòniques, brindades per un grup de psicòlegs i infermers que s'encarregaran de realitzar un seguiment telefònic setmanal amb l'objectiu de reforçar i discutir els continguts abordats a cada unitat.

Les trucades telefòniques tindran una durada aproximada de mitja hora i es realitzaran a una hora determinada un cop a la setmana. Es demanarà a les participants que notifiquin telefònicament si no estaran disponibles per a la realització d'alguna de les sessions, per a que es torni a re-programar les.

Al final d'aquesta sessió es comentarà a les gestants que per la següent sessió hauran de vestir roba còmoda i si és possible, hauran de venir acompanyats per la seva parella, ja que és realitzarà la teràpia de massatge.

### **Sessió 3: Teràpia de massatge**

**Durada aproximada: 1 hora i 30 minuts**

Aquest apartat s'ha realitzat a partir dels articles de Field (46,51)

Aquesta sessió estarà basada en els massatges terapèutics destinats a les mares. Tal com se'ls havia comentat en la sessió anterior, les dones havien de venir acompanyades per la seva parella. En el cas de que això no fos possible, les mares formaran parelles entre elles.

L'encarregat de conduir aquesta sessió serà un fisioterapeuta amb la col·laboració de la infermera.

A la taula 2 es troben els exercicis que s'han de realitzar en aquesta teràpia.

<b>Cap i coll:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ S'han de realitzar massatges al cuir cabellut, fent petits cercles des del front al llarg de la línia del cabell i cap a les espatlles, amassant el coll des de la base cap amunt.</li> </ul>
<b>Esquena:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utilitzant les palmes de les mans, anar movent-se al llarg de la columna vertebral.</li> <li>○ Fer moviments de balanceig des de la part superior dels omòplats fins al final de la columna vertebral.</li> <li>○ Pressionar les puntes dels dits al llarg de tots dos costats de la columna vertebral, des del coll fins al final de la mateixa i després fregar lleugerament cap amunt, dels malucs al coll.</li> <li>○ Acariciar a sota dels músculs de les espatlles (trapezi).</li> <li>○ Usant les puntes dels dits col·locats en cada costat de la columna, avançar a poc a poc fins a la part posterior, des del maluc fins al coll, i després invertir la direcció cap avall usant les puntes dels dits en forma de rastell.</li> <li>○ Usant les palmes de les mans, acariciar la zona lumbar fent grans cercles.</li> <li>○ Realitzar moviments de lliscament des del maluc cap amunt i sobre les espatlles.</li> </ul>

<b>Braços</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realitzar traços des del colze cap amunt, amassant els músculs d'aquest fins a l'espatlla.</li> <li>○ Acariciar des del canell fins al colze; amassar els músculs entre aquestes dos parts.</li> </ul>
<b>Cames</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fer llargues pinzellades des del genoll fins la cuixa, cap amunt i sobre el maluc; amassar els músculs entre el genoll i la cuixa.</li> <li>○ Tornar a fer llargues pinzellades des del turmell cap al genoll; amassar els músculs entre aquestes dos parts.</li> <li>○ Lliscar la mà des del tendó d'Aquil·les cap a la part superior del panxell i arrossegar fins al taló, amb menys pressió. Repetir diverses vegades.</li> </ul>

**Taula 2: Exercicis de teràpia de massatge a la mare**

A l'acabar la sessió informarem a les gestants de que és recomanable que vagin practicant a casa els exercicis ensenyats.

### **Sessió 4: Ioga**

#### **Durada aproximada: 1 hora**

Aquest apartat s'ha realitzat a partir dels articles de Field (46) i Gong (58)

Aquesta sessió consistirà en realitzar exercicis de ioga, dirigits per un fisioterapeuta expert, acompanyat de la infermera.

Les postures de Ioga que es poden impartir són:

#### **Asseguda a terra amb les cames creuades (cap enrere)**

- Gir espinal: col·locar el braç dret cap a la dreta, amb la mà a terra i la mà esquerra sobre el genoll dret.
- Repetir el procediment a la banda esquerra.

#### **En mans i genolls (estirament de l'esquena)**

- "Posició de taula": posicionar-se sobre les mans i els genolls amb l'esquena plana.
- "Posició del gat": col·locar el centre de l'esquena cap avall amb la cara cap amunt (gat simpàtic) i després posicionar el centre de l'esquena cap a dalt amb la cara cap avall (gat espantat).

- Equilibri de genolls: estirar el braç dret cap endavant, la cama esquerra cap enrere. Repetir el procediment el procediment també al costat oposat.
- Posició del “guerrer agenollat”: agenollar-se sobre el genoll dret, col·locar el peu esquerra estès i perpendicular al peu dret. Les dos mans mirant cap amunt. Repetir en el costat oposat.
- “Posició del nen”: col·locar-se amb les cames estirades, els braços estirats cap endavant, amb els avantbraços recolzats a terra.

### **Sobre els genolls (estirament de cames)**

- “Estiraments del corredor”: estirar el peu dret cap endavant, a terra, amb les dues mans sobre el genoll dret. Repetir a la banda esquerra.
- Estant de peu, doblegar-se sobre la cintura, amb les mans penjant cap avall, al terra.

### **Posició d’equilibri (de peu)**

- “Postura de la cigonya”: col·locar un peu en la cara interna de l’altra cama i es mans en posició d’oració.
- “Postura de l’arbre”: col·locar el peu dret sobre la cuixa o genoll esquerra, les mans aixecades sobre el cap en posició d’oració. Repetir amb el peu esquerra.
- “Postura de l’àguila”: amb els braços entrellaçats davant del cos, envoltar una cama al voltant de l’altra.

### **“La salutació de la posta de sol”**

- Col·locar-se de peu en posició d’oració.
- Baixar en picat cap a baix amb les mans en posició d’oració, portar les mans cap amunt a sobre el cap, inclinar-se lleugerament cap enrere. A continuació, moure les mans cap a terra per donar suport a un mateix.
- Amb els peus a terra, portar-los una mica cap enrere (la persona s’ha de quedar en posició de V invertida).
- Moure les mans cap als peus i aquests cap a les mans.
- Relaxar i tornar a col·locar-se de peu en posició d’oració.



### **“Les postures del guerrer”**

- “Guerrer un”: orientar-se cap endavant, la cama dreta també cap endavant i recta, i la esquerra cap enrere. Els dos braços aixecats mirant cap a dalt, amb el cos en línia recta.
- “Guerrer dos”: canviar de guerrer un a guerrer dos. Col·locar el braç esquerra cap endavant i el dret cap enrere, inclinant-se cap endavant, doblant la cama esquerra. Relaxar els braços deixant-los penjant cap a baix i repetir el procediment a l’altre costat.
- “Triangle”: estant de peu, estirar les dos cames en posició de V, avançar la cama dreta i baixar la mà dreta per la mateixa fins al turmell, aixecar el braç esquerra per damunt del cap i mirar cap a munt a la mà esquerra.
- “Triangle invertit”: canviar de braç, amb la mà esquerra sobre el terra, al costat de la cama dreta i el braç dret per damunt del cap, mirant cap a dalt a la dreta.

### **Asseguda a terra**

- Asseguda a terra en posició angular, col·locar les cames cap a fora en posició de V.
- Postura “del cap de la vaca”: embolicar una cama per sota de l’altra, moure un braç darrere del cap i l’altre per darrere de l’esquena i agafar les dos mans.
- Postura de la “papallona”: assegut amb les cames creuades, amb les mans moure els genolls cap amunt i avall.
- Posició de “l’orador”: seure amb les cames creuades amb els braços estesos en posició de pregària per sobre del cap.

S’ha de deixar clar a les mares que han de fer el que puguin, mai forçar o continuar si presenten dolor.

Al finalitzar, es comunicarà a les participants que per la pròxima sessió han d’acudir acompanyades de la seva parella i del nadó, si és possible.

## **Sessió 5: Massatges terapèutics al nadó i teràpia psico-educativa**

### **Durada aproximada: 2 hores**

Aquesta sessió es començarà a realitzar a les 4 setmanes del naixement del nadó. Es dividirà en dues parts: una primera dedicada als massatges terapèutics i una segona grupal, per compartir experiències i opinions entre els pares.

Les mares han d'acudir amb les seves parelles i amb els nadons, per poder realitzar la sessió.

### **Primera part: massatges terapèutics infantils**

Aquesta primera part s'ha realitzat a partir dels articles de Olhaberry (52), Milgrom (59) i de la pàgina web del Johnson Pediatric Institut (39).

Estarà instruïda per la infermera i fisioterapeuta pediàtrica, experts en massatges infantils.

En aquesta primera part es començarà entregant unes nines als pares que els permetran guanyar confiança en el maneig del seu propi nadó i entendre les seves necessitats a través del tacte i l'observació de les senyals. Al principi practicaran els massatges amb la nina i després els aplicaran als seus fills.

Aquesta classe està prevista per donar temps als pares per a què es concentrin en els seus nadons sense interrupcions externes, per aprendre a donar massatges i tocar amb respecte, i centrar-se en la comunicació verbal (mitjançant el plor i la seva veu) i la no verbal (llenguatge corporal) dels seus fills. En un ambient càlid i segur, els pares adquireixen confiança per fer front i interactuar amb els seus fills.

Gràcies als massatges els pares s'assabenten de la pell del seu nadó mitjançant l'observació de la seva textura, la temperatura, el to, la relaxació i l'estimulació. S'augmenta la confiança necessària per ser capaç d'alleujar els símptomes de còlic d'un nadó amb una rutina de massatge apropiat i d'utilitzar la relaxació tàtil per calmar un nadó ansiós.

Les tècniques de massatge que es poden aplicar són:

#### **Cara:**

- “El somriure”: la cara del bebè pot acumular una gran quantitat de tensió a través de la succió, dentició, plor, entre altres. Per això, amb el dit polze fer com si es dibuixessin somriures amb els seus llavis superior i inferior ( veure annex 9, figura 1).

**Pit:**

- Amb les mans juntes al centre del pit, empènyer cap als costats, arran de la caixa toràcica del nadó, com si s'estigués aplanant les pàgines d'un llibre. Sense aixecar les mans del nadó, tornar a portar-les al centre del pit, fent moviments en forma de cor (veure annex 9, figura 2).

**Braços:**

- Sota el braç: aixecar el braç i donar uns petits cops a l'aixella; això dona massatges als importants nòduls limfàtics d'aquesta àrea (veure annex 9, figura 3).
- “Escalfament de Beisbol (amb el braç)”: mantenir les mans al voltant del braç del nadó fins l'espatlla (com si s'estigués sostenint un bat de beisbol). Llavors, moure les mans en direccions oposades, d'anada i tornada, des de l'espatlla del nadó fins la mà, aplicant una suau força (veure annex 9, figura 4).

**Estómac:**

El massatge de l'estómac atenuarà el sistema intestinal i l'ajudarà a alleujar els gasos i el restrenyiment. El propòsit del massatge és moure el contingut intestinal cap a la sortida.

- Copets a la panxa:
  - A. Fent servir l'exterior de cada mà, donar petits cops a la panxa del nadó, una mà seguida de l'altra (veure annex 9, figura 5).
  - B. Aixecar les cames del bebè amb la mà esquerra i sostenir els turmells. A continuació, repetir els copets a la panxa amb només la mà dreta. Això relaxarà l'estómac i permetrà fer un massatge més profund (veure annex 9, figura 6).
- “Dits en puntetes”: utilitzant les puntes dels dits, atravessar la panxa del nadó d'esquerra a dreta. És possible que se sentin unes bombolles de gas al moure els dits (veure annex 9, figura 7).
- “Arc de Sant Martí” (veure annex 9, figura 8):
  - A. “Pluja”: fer un sol cop descendent amb la mà dreta al costat esquerra de la panxa del bebè.
  - B. “Vent”: anar donant petits cops dibuixant una L a l'inrevés, des de la dreta fins l'esquerra.

- C. “Arc de Sant Martí”: anar dibuixant la forma d’un arc de sant Martí (una U a l’inrevés), anant de dreta a esquerra.

**Cames:**

- “Escalfament de beisbol (amb la cama)”: mantenir la cama del nadó elevada com si s’estigués sostenint un bat de beisbol. A continuació, moure les mans en direccions oposades al llarg de la cama i estrenyent lleugerament (veure annex 9, figura 9).
- “Enrotllar la cama”: anar enrotllant, entre les dos mans, cada una de les cames, des del genoll fins al turmell (veure annex 9, figura 10).

**Esquena:**

- Començar amb les mans juntes a la part superior de l’esquena del bebè, en angle recte amb la columna vertebral. Moure les mans cap enrere i cap endavant, en direccions oposades, passant per l’esquena fins la part posterior de les natges, després pujar fins les espatlles i tornar a baixar una altre cop esquena avall (veure annex 9, figura 11).

**Segona part: Teràpia psico-educativa**

Aquesta segona part s’ha realitzat a partir dels articles de Franco i Rivera (55), Nardi (60) i Honey (45).

Aquesta teràpia, instruïda per un psicoterapeuta i una infermera, seguirà un enfocament psico-educatiu.

Els professionals esmentats seran els encarregats d’aclarir els dubtes que puguin anar sorgint al llarg de la sessió.

Per poder iniciar aquesta part, demanarem a les mares, juntament amb les seves parelles, que es situïn assegudes en cercle, per poder-se veure entre tots.

L’objectiu d’aquesta sessió és que els pares comparteixin les seves experiències i idees i d’aquesta manera poder-se ajudar els uns als altres a vèncer les dificultats que poden tenir. Es podran tractar temes que angoixen i preocupen tant als pares com a les mares, com podrien ser el fet del naixement del nou fill/a, els canvis de rols, els mites i realitats de la maternitat. D’aquesta manera, podran millorar les seves habilitats comunicatives i de resolució de conflictes.

Per les mares és molt tranquil·litzador saber que altres mares tenen les mateixes preocupacions referents als nadons de la mateixa edat.

Durant algunes sessions es donarà material de suport, per complementar la teràpia, d'aquesta manera, s'aconseguirà major interès i atenció dels pares.

#### **6.2.4. ETAPA 4: AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ**

L'avaluació de la intervenció es troba en l'apartat 8 (Avaluació de la intervenció).

### **6.3. Consultes individuals**

#### **6.3.1. Consulta de seguiment**

Per veure si la intervenció va per bon camí, al 7è mes d'embaràs es realitzarà una consulta individual amb l'objectiu de que les mares expliquin com se senten, com va l'evolució de l'embaràs i si ens volen preguntar algun dubte.

A més, també es tornarà a passar l'escala EDPE (veure annex 1) per avaluar si la intervenció està sent efectiva.

#### **6.3.2. Consulta al final de la intervenció**

Un cop les mares hagin donat a llum i es trobin al final del tercer mes del post-part, es tornarà a realitzar una consulta final, ja que les dones hauran acabat el programa d'activitats en aquest mes.

En aquesta última consulta, per poder avaluar l'eficàcia de la intervenció, es tornarà a passar l'EDPE, acompanyat del qüestionari de satisfacció i d'una entrevista clínica semi-estructurada en la que es repetirà l'anamnesi i exploració física.

## 6.4. Cronograma

Com s'ha comentat anteriorment, el projecte tindrà una durada de 7 mesos: començarà al setembre del 2016 i acabarà a l'abril del 2017. A continuació s'explicarà la seva distribució i organització per mesos (veure taula 3).

El programa començarà quan les mares es trobin al cinquè mes de gestació.

Mes	Contingut
<b>Agost</b>	Durant aquest mes es farà la reclutació de les mares que participaran en el programa. S'anirà fent a mesura que aquestes acudeixin a les seves revisions/controls pertinents amb la llevadora/infermera en el seu tercer mes de gestació.
<b>1 i 2 de setembre de 2016</b>	Es realitzarà la primera consulta individual amb l'entrevista clínica (anamnesi i exploració general) a cada una de les participants.
<b>6 de setembre de 2016</b>	Tindrà lloc l'inici del programa (amb les mares al cinquè mes d'embaràs) amb la primera sessió, magistral, en la que s'explicarà en què consistirà la intervenció. També es realitzarà la presentació de la infermera i el grup de mares. Serà la primera trobada de tot el grup a l'ABS. Es farà una breu introducció de la DPP i els seus símptomes.
<b>Setmana del 12 al 15 de setembre</b>	Tindran lloc la segona, tercera i quarta sessió, que corresponen al llibre d'autoajuda, la teràpia de massatges a la mare i la ioga, respectivament. L'horari serà entre les 15h i les 17h, ajustant-se a l'horari necessari per realitzar cada sessió, ja que algunes només duren una hora. A partir d'aquesta setmana les classes s'aniran desenvolupant de la mateixa manera cada setmana.
<b>Octubre 2016</b>	Durant aquest mes les sessions continuaran desenvolupant-se de la mateixa manera.
<b>Novembre 2016</b>	En aquest mes les sessions continuaran igual, però el dia 18 es realitzarà la consulta individual de seguiment per veure si la intervenció segueix una bona evolució i perquè les mares expliquin com se senten, com va el curs de l'embaràs i si volen preguntar algun dubte. A més, també es tornarà a passar l'EDPE per veure si la intervenció està

	sent efectiva.
<b>Desembre 2016</b>	Durant aquest mes les sessions se seguiran impartint de la mateixa manera que els mesos anteriors.
<b>Gener 2017</b>	Si no es produeix cap complicació en la gestació, les mares donaran a llum en aquest mes. Llavors es donaran per finalitzades les sessions de massatges terapèutics a la mare i el ioga, per passar a centrar-nos en les que estan relacionades amb el nadó: última unitat del llibre d'autoajuda, massatges terapèutics al nadó i teràpia psico-educativa.
<b>6-13-20 de febrer 2017</b>	El dia 6 i 13 de febrer es tractarà telefònicament la última unitat del llibre d'autoajuda ("Benvingut al Club"!) El dia 20 de febrer es citarà a les mares a l'ABS per reflexionar i integrar l'experiència del naixement i la realitat de la maternitat i la paternitat i per reforçar les estratègies discutides anteriorment en el llibre. Llavors es donaran per finalitzades les sessions del llibre d'autoajuda.
<b>Els dimecres a partir del 8 de febrer fins al 19 d'abril</b>	S'anirà impartint la cinquena sessió del programa: massatges infantils i teràpia psico-educativa.
<b>26 d'abril 2017</b>	Ja hauran finalitzat totes les sessions, llavors es durà a terme la consulta individual final per avaluar si la intervenció ha sigut efectiva.

**Taula 3: Cronograma**

## 7. Consideracions ètiques

Les dones que participen en aquest estudi no haurien de patir cap risc, però sí múltiples beneficis, com serien la prevenció precoç de l'aparició de la DPP, i d'aquesta manera evitar les possibles complicacions que podria tenir la mare en cas d'aparició d'aquesta patologia, i millorar així la relació entre mare/fill i la parella. En definitiva, es veuran beneficiats la mare, el recent nascut i el seu entorn familiar i social, millorant així la seva qualitat de vida durant el puerperi. A més, també es detectarien les dones que ja tinguin instaurada una DPP, per la seva derivació per a rebre tractament.

A més, com s'ha vist, aquesta intervenció està basada en un programa d'exercicis totalment conservador, no invasiu, per això els riscos són mínims.

Els possibles **inconvenients** que podrien aparèixer són:

- Si una mare ja té instaurada una DPP, no es podria aplicar la intervenció, i s'hauria de valorar si requereix tractament mèdic.
- Que les dones que compleixen els criteris d'inclusió i són seleccionades per al programa, per decisions pròpies decideixen no participar en el mateix.

D'acord amb la **Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre, sobre la Protecció de Dades de Caràcter Personal** (61), que diu que les institucions sanitàries i els professionals corresponents, només podran procedir al tractament de les dades de caràcter personal relatives a la salut de les persones quan aquestes acudeixen a ells o hagin de ser tractats en els mateixos. A més, les persones que estiguin involucrades en qualsevol fase de tractament de les dades de caràcter personal estan obligades al secret professional dels mateixos i al deure de guardar-los, unes obligacions que subsistiran fins i tot després de finalitzar les seves relacions. També s'ha de tenir en compte que el tractament d'aquestes dades requerirà el consentiment inequívoc de les pacients i ser prèviament informades de manera expressa i precisa.

Per tot això, abans d'iniciar l'estudi, s'emetrà una sol·licitud formal a la Gerència d'Atenció Primària (veure annex 11), a la Direcció d'Infermeria de l'Àrea Bàsica de Salut d'Almacelles (veure annex 12), i al Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Lleida (veure annex 13).

Un cop les dones acceptin participar en el programa, se les informarà sobre què consistirà el mateix, donant-les a més una fulla informativa de l'estudi (veure annex 3), amb els seus



objectius i sobretot el caràcter voluntari de la participació. Un cop informades i estiguin d'acord, firmaran el Consentiment Informat (veure annex 4) i se'ls proporcionarà una còpia per a que quedi en el seu poder. S'ha d'explicar a totes les dones que la seva participació és totalment voluntària i que es podrien retirar de l'estudi en qualsevol moment.

També se'ls entregará firmat el document de Compromís de Confidencialitat, garantint l'anonimat, perquè les entrevistes que es realitzen poden revelar informació íntima de les dones. Llavors el fet de compartir pensaments, sentiments i emocions tan personals pot provocar estrès en les mares. Per això, la confidencialitat i l'anonimat estaran garantits, l'anàlisi de les entrevistes de les dones no seran emmagatzemades sota cap etiqueta d'identificació, ja que s'utilitzaran codis per substituir els noms.

Refent a les diferents sessions que s'aniran impartint, la informació personal que es pugui comentar de les mares, només es realitzarà si són elles les que de manera voluntària decideixen fer-ho, ja que en tot moment durant la intervenció s'ha de guardar el secret professional de tota la informació que pugui estar en coneixement dels diferents professionals que hi participaran. A més, per descomptat, també estaran assegurats els drets, la dignitat i interessos de les participants.

Un cop les dades siguin recollides, hi haurà la responsabilitat ètica d'informar de les troballes amb exactitud. També s'assegurarà que les dades siguin utilitzades correctament i sempre en el millor dels interessos de la població estudiada.

Com s'ha comentat, aquest és un estudi quasi-experimental pre-post en el qual l'assignació de les gestants no es fa aleatòriament, perquè només es selecciona a les pacients que presentin risc de patir DPP, que compleixin els criteris d'inclusió i que de forma voluntària desitgin participar en el programa. Degut a la falta d'aleatorietat, algunes dones no es podran veure beneficiades per la intervenció. Les mares que en un primer moment no compleixen els requisits o bé no presentin risc, no es deixaran de marge, i en les visites posteriors s'anirà seguint la seva evolució.

S'ha de tenir en compte que el número de dones que poden participar en el programa és limitat, degut a això, les que participaran en el programa seran les primeres que s'inscriguin. El fet de que unes gestants compleixin els criteris d'inclusió i desitgin participar en la intervenció, però que no ho puguin fer per la falta de places, és un factor de risc d'acabar instaurant-se una DPP.

Per aplicar aquesta intervenció també s'han de tenir en compte els **4 principis ètics bàsics**, que són:

- **Principi d'autonomia:** les pacients són les úniques que han de decidir si desitgen participar o no en el programa, per això si accepta participar, haurà de firmar el consentiment informat, i si decideix no participar, serà la única responsable de les conseqüències de salut que això li pugui suposar.
- **Principi de beneficència:** les mares seran les que decidiran sobre què és el que creuen millor per elles. A més la intervenció està encaminada a produir un benefici en les mares, que és disminuir el risc de patir DPP.
- **Principi de no maleficència:** aquest principi va lligat a l'anterior, ja que els diferents professionals buscaran sempre el benefici per les mares amb el mínim risc possible.
- **Principi de justícia:** en tot moment es tractarà de la mateixa manera a totes les mares, sense cap tipus de discriminació. De la mateixa manera es farà l'elecció de les participants i l'accés als recursos disponibles.

## 8. Avaluació de la intervenció

Un cop finalitzat el programa, s'ha de fer l'avaluació del mateix per veure si ha estat efectiu.

Al començament de la intervenció, les mares que compleixin els criteris d'inclusió i acceptin voluntàriament participar en la mateixa, havent firmat el consentiment informat, se'ls entrega l'escala EDPE perquè la completin. Més tard, a la consulta individual que es realitza un cop finalitzada la intervenció, es tornarà a repetir el procediment per poder comparar els resultats obtinguts al començament amb els finals, fet que ens permetrà conèixer l'eficàcia de la intervenció. Llavors es podrà comparar el risc que tenien les mares d'acabar desenvolupant la malaltia abans de l'aplicació de la intervenció, amb els resultats que s'obtinguin després de l'aplicació de la mateixa. Com s'ha comentat anteriorment, les dimensions d'aquesta escala, útils tant en la gestació com en el post-part, avaluen la simptomatologia, l'estat d'ànim i la ideació que la dona hagi presentat en els últims 7 dies. Un dels requisits que es va establir per poder participar en el programa era obtenir una puntuació igual o superior a 12 en aquesta escala. La intervenció haurà sigut eficaç, si quan es torna a passar al final de la intervenció, les mares obtinguin una puntuació inferior a 9, ja que està establert que a partir dels 30-40 dies després d'haver donat a llum la puntuació indicativa de risc baix és inferior a 9.

Com s'ha esmentat a l'apartat d'intervenció, la durada total del programa serà de 7 mesos, des del cinquè mes de gestació, fins als 3 mesos després d'haver donat a llum. A part de l'avaluació que es realitza al finalitzar el programa, als dos mesos d'iniciar-lo (les mares es trobaran al setè mes de gestació) es farà una consulta individual de seguiment per valorar si la intervenció està sent efectiva, i veure la opinió de les mares sobre si estan còmodes en el programa, si tenen alguna queixa, dubte, entre altres. També se'ls tornarà a passar l'escala EDPE per veure quina puntuació obtenen llavors, és a dir, per valorar si el risc ha disminuït, augmentat o roman intacte. Aquest fet permetrà veure si la intervenció està anant tal com s'esperava, o bé per contra, està havent algun problema. Gràcies a això, si es produeix alguna alteració als primers mesos de la intervenció, es podrà detectar de forma precoç i encara s'estarà a temps de realitzar les correccions necessàries. A part, també és una mesura per assegurar la continuïtat de la participació de les gestants en el programa.

Per avaluar la intervenció també es passarà a les mares un qüestionari de satisfacció (veure annex 10), que ens permetrà saber la seva opinió sobre si el programa ha estat adequat, útil, si s'ha adaptat a les seves expectatives/necessitats, si ha pogut aplicar a la seva vida diària els coneixements apresos, si està satisfeta amb l'atenció rebuda per part dels diferents

professionals i si recomanaria el programa a altres gestants. També es preguntarà individualment per cada una de les sessions, per detectar si hi ha alguna en concret que no va acabar d'agradar. Finalment, es demanarà la seva opinió per si tenen alguna observació i/o suggerències a afegir. Aquestes opinions de les participants són molt importants, ja que ajudaran a millorar el programa.

També ens servirà per avaluar la intervenció l'anàlisi de les dades qualitatives que es van recollir en la consulta inicial a l'anamnesi i exploració general, comparant-les amb les que s'obtindran a la consulta final post-intervenció. Aquest fet permetrà veure quins símptomes dels que presentava anteriorment la mare, han disminuït després d'aplicar-hi la intervenció.

## 9. Discussió

Segons la bibliografia consultada, s'ha vist que la DPP és una malaltia molt freqüent i real que ocorre en el nostre context social, sent un problema que requereix atenció, ja que s'evidencien molts casos que no són detectats o diagnosticats oportunament, per diferents circumstàncies i per tant, tampoc són tractades. Per això, és important que el personal sanitari, entre els quals infermeria, tingui coneixements de la malaltia, que aprenguin a reconèixer-la i que entenguin les seves causes i estratègies d'ajuda, com també la intervenció precoç per prevenir la seva aparició i disminuir així, la seva prevalença. Aquesta intervenció, a part de la mare, també ha d'englobar al recent nascut i la parella. A més, la infermera ha d'ajudar a la futura mare a no estar aïllada de la companyia d'altres persones, de familiars i amics.

També s'ha de tenir en compte que una gran part dels trastorns de l'estat d'ànim que es presenten en la dona després del part, sobretot en el puerperi recent, són de molt poca intensitat i desapareixen espontàniament en poc temps, corresponent a la melancolia o tristesa post-part, fet que es considera com una part normal del començament de la maternitat, per motius com poden ser la gran responsabilitat que comporta per la mare l'atenció del bebè, el cansament, situacions estressants, sentir incertesa pel futur, entre altres (3). Alguns autors (18,37,53) consideren que només es pot catalogar a la DPP com a malaltia que requereix atenció mèdica quan la simptomatologia arriba a una intensitat moderada o severa.

Altres autors (8,13,42) afirmen que actualment, encara que els professionals sanitaris tinguin coneixements d'aquest trastorn, no s'aposta gaire per la prevenció de la malaltia, o en cas d'aparició d'aquesta, per un tractament conservador. En la majoria dels casos s'aplica directament una teràpia farmacològica quan la patologia ja està instaurada.

La intervenció plantejada en aquest treball ha estat basada en la evidència científica actual i té l'objectiu d'establir un programa que disminueixi la simptomatologia depressiva de les gestants, prevenint l'aparició de la DPP i reduint així la seva prevalença. Aquesta és una intervenció diferent a les altres perquè comença durant la gestació i acaba després del part, assegurant a les mares una atenció continuada, en la que participen diferents professionals sanitaris.

Ha quedat demostrat que les activitats proposades en el programa són eficaces per reduir la simptomatologia depressiva en les gestants. A més, com s'ha pogut veure, és totalment

conservadora, ja que en cap moment s'empren tècniques invasives o farmacològiques. Hi participen diferents professionals, però la figura que més ressalta és la d'infermeria.

Com que es tracta d'una intervenció basada en la prevenció, es considera la importància de realitzar un cribratge a totes les dones embarassades ateses a l'ABS d'Almacelles, per detectar si tenen risc de patir la malaltia, o bé si obtenen puntuacions molt elevades que indiquin que l'alteració ja està instaurada, per derivar-les a que rebin atenció.

El cribratge es realitza a través de l'EDPE. Diversos estudis com el realitzat per **Urdaneta i col·ls** (10) i **Milgrom i col·ls** (38) han demostrat que, encara que l'escala no pugui ser utilitzada com a únic element de diagnòstic, sí que pot ser emprada com a instrument de detecció de gestants en risc, gràcies a la seva elevada especificitat i sensibilitat. A més, és reproducible, gratuïta, ràpida i accessible.

Pel que fa a les limitacions de la intervenció plantejada, aquesta només està dirigida a les dones que en el moment del cribratge es trobin al tercer mes de gestació (per començar en el programa al cinquè) i només seran seleccionades les primeres que compleixin els criteris d'inclusió i s'inscriguin, ja que el nombre de dones participants és limitat. Llavors, tant les dones que s'inscriguin més tard, com les que no es trobin al tercer mes, no podran participar en el programa. A més, un cop iniciada la intervenció, ja no s'hi podran incorporar noves gestants, fet que suposa una pèrdua de mares candidates a participar-hi.

Una altra limitació que es podria tenir un cop iniciada la intervenció, seria el possible abandonament per part de les gestants, ja sigui perquè no els agradi o no els sembli efectiu el programa, o bé per complicacions de l'embaràs com podrien ser els casos d'avortament o un part preterm. També en els casos en què es tracti d'un embaràs de risc, en què la mare requereixi repòs.

Una proposta de millora seria la possibilitat de disposar de més recursos, temps i espai per poder incloure en el programa un nombre major de gestants que es podrien beneficiar de la intervenció.

## 10. Conclusions

L'embaràs és una fase en la què es produeix un conflicte entre diversos aspectes com són les necessitats, les aspiracions individuals i la nova responsabilitat a assumir. Tot això la converteix en una etapa de gran vulnerabilitat per la possible aparició d'ansietat i depressió.

La evidència científica actual assenyala que la DPP és una malaltia amb una alta taxa de prevalença podent afectar a qualsevol dona en el puerperi. Per això, és important establir un programa d'intervenció dedicat a les gestants que tenen risc de desenvolupar la patologia. Les intervencions no farmacològiques són eficaces per aquest fi, ja que redueixen la simptomatologia depressiva. Per poder assegurar una atenció continuada, ha de ser una intervenció que comenci durant la gestació i que finalitzi uns mesos després del part. Si s'aconsegueix disminuir l'aparició dels símptomes depressius en aquestes dones, també disminuirà el risc de que acabin desenvolupant la malaltia, reduint així la seva prevalença.

Per aconseguir això, és molt important realitzar un correcte cribratge, per detectar a temps quines són les mares que tenen risc de patir DPP, i d'aquesta manera, poder actuar de forma precoç, per aconseguir benestar i millorar i/o mantenir la seva qualitat de vida. Per realitzar aquest cribratge, la bibliografia consultada assenyala que l'EDPE és molt eficaç per aquest fi, gràcies a la seva alta especificitat, sensibilitat, facilitat de reproducció sense cost, accessibilitat per aplicar-la, qualificació i interpretació.

A part de l'EDPE, també és important realitzar una correcta anamnesi i exploració general, que permetrà identificar en concret, quins són els factors de risc que presenta cada mare.

Al finalitzar la intervenció també és fonamental realitzar un qüestionari de satisfacció, ja que la opinió de les participants permetrà esbrinar si ha estat adequada i quines activitats s'adaptin més a les seves necessitats. Això permetrà millorar la intervenció per a les edicions següents.

Cal destacar que la infermera i la llevadora tenen un paper molt important en la detecció del risc de DPP en les gestants, ja que aquests professionals són la primera línia d'atenció, perquè realitzen els controls rutinaris de l'embaràs, moment en què es pot identificar a aquestes dones. També s'encarregaran de la promoció del programa, de proporcionar a les dones tota la informació necessària, de la realització del cribratge, de la entrevista clínica amb la exploració i anamnesi i seran el professional de referència en les diferents sessions que s'aniran impartint. També brindaran suport per si sorgeix qualsevol dubte o problema.

## 11. Bibliografia

1. Finley PR, Brizendine L. Enhancing our understanding of perinatal depression. *CNS Spectr.* 2015;20(1):9–10.
2. Lefkovics E, Baji I, Rigó J. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Ment Health J.* 2014;35(4):354–65.
3. Riquin É, Faure K, Legras M, Chocard A-S, Gillard P, Descamps P, et al. Psychic disorders during pregnancy and post-partum. *Rev Prat.* 2015;65(5):701–8.
4. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2012;38(4):576–86.
5. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011;40(1):52–61.
6. Muruaga S. Análisis y Prevención de la Depresión post parto. 2nd ed. Madrid: Serie Estudios; 2001.
7. Navas W. Depresión posparto. *Rev médica Costa Rica y Centroamérica.* 2013;70(608):639–47.
8. Brugha TS, Morrell CJ, Slade P, Walters SJ. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med.* 2010;41(04):739–48.
9. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Nursing care for postpartum depression, part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling?. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011;35(4):220–5.
10. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. *Rev Chil Obs y Ginecol.* 2010;75(5):312–20.
11. Tatano C, Gable R, Sakala C, Declercq E. Postpartum Depressive symptomatology: results from a two-stage US national survey. *J Midwifery Womens Health.* 56(5):427–35.



12. Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11(1):302.
13. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 2010;3:1–14.
14. Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, et al. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(6):459–68.
15. Bodhare TN, Sethi P, Bele SD, Gayatri D, Vivekanand A. Postnatal quality of life, depressive symptoms, and social support among women in southern India. *Women Health*. 2015;55(3):353–65.
16. Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health Care Women Int*. 2011;32(10):939–49.
17. Breedlove G, Fryzelka D. Depression screening during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2011;56(1):18–25.
18. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *Int Breastfeed J*. 2007;2(1):6.
19. Yim IS, Glynn LM, Dunkel-Schetter C, Hobel CJ, Chiciz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(2):162–9.
20. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe V, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *Int J Obstet Gynaecol*. 2010;117(11):1390–8.
21. Fortner RT, Pekow P, Dole N, Markenson G, Chasan-Taber L. Risk Factors for Prenatal Depressive Symptoms Among Hispanic Women. *Matern Child Health J*. 2011;15(8):1287–95.
22. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of

- depression. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):402.
23. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008;34(4):585–93.
  24. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol y Reprod humana*. 2013;27(3):185–93.
  25. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the respond trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(1):57.
  26. Rocha K, Pérez K, Rodríguez M, Borrell C, Obiols J. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Heal Psychol*. 2011;11(1):125–39.
  27. Tobón L. Predictores de depresión posparto en puerperas atendidas en la ese municipal. *Rev Duazary*. 2015;12(1):23–31.
  28. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *An Psicol*. 2013;29(1):66–75.
  29. Boyd R, Worley H. Utility of the postpartum depression screening scale among low-income ethnic minority women. In: Rosenfield A, editor. *New Research on Postpartum Depression*. Philadelphia: Nova Science Publishers, INC; 2007. p. 151–66.
  30. Sit DKY, Wisner KL. Identification of postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):456–68.
  31. Bustos S, Jiménez N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *Psiquiatr y salud Ment*. 2013;30(1):38–49.
  32. World Health Organization. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva; 2010.

33. Tambelli R, Odorisio F, Lucarelli L. Prenatal and postnatal maternal representations in nonrisk and at-risk parenting: exploring the influences on mother-infant feeding interactions. *Infant Ment Health J.* 2014;35(4):376–88.
34. Sharp DJ, Chew-Graham C, Tylee A, Lewis G, Howard L, Anderson I, et al. A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: the respond trial. *Health Technol Assess.* 2010;14(43):1–153.
35. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):483–97.
36. Bhanji F, Gottesman R, de Grave W, Steinert Y, Winer LR. The retrospective pre-post: a practical method to evaluate learning from an educational program. *Acad Emerg Med.* 2012;19(2):189–94.
37. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chil.* 2010;138(5):536–42.
38. Milgrom J, Schembri C, Ericksen J, Ross J, Gemmill AW. Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *J Affect Disord.* 2011;130(3):385–94.
39. Field T. A Parent's Guide to Infant Massage. Johnson Pediatric institut. 2006. p. 1–2.
40. Austin M-P, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 2008;105(3):35–44.
41. Lara M, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *J Affect Disord.* 2010;1(122):109–17.
42. Crockett K, Zlotnick C, Davis M, Payne N, Washington R. A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11(6):319–25.
43. Tandon SD, Perry DF, Mendelson T, Kemp K, Leis JA. Preventing perinatal

- depression in low-income home visiting clients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(5):707–12.
44. Ho SM, Heh SS, Jevitt CM, Huang LH, Fu YY, Wang LL. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Couns*. 2009;77(1):68–71.
  45. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *Br J Clin Psychol*. 2006;41(4):405–9.
  46. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther*. 2012;16(2):204–9.
  47. Field T, Diego M, Delgado J, Medina L. Tai chi/yoga reduces prenatal depression, anxiety and sleep disturbances. *Complement Ther Clin Pract*. 2013;19(1):6–10.
  48. Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J, Aplin JD, Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2014;31(8):631–40.
  49. McDonagh MS, Matthews A, Phillipi C, Romm J, Peterson K, Thakurta S, et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2014;124(3):526–34.
  50. Ji E, Han H. The effects of Qi exercise on maternal/fetal interaction and maternal well-being during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010;39(3):310–8.
  51. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Deeds O, Figueiredo B. Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behav Dev*. 2009;32(4):454–60.
  52. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Ter psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*; 2013;31(2):249–61.
  53. Kalinauskiene L, Cekuoliene D, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Kusakovskaja I. Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized

- control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child Care Health Dev.* 2009;35(5):613–23.
54. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Sevilla: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. 1-494 p.
55. Franco, Lidia; Rivera C. Programa de prevención de depresión posparto en adolescentes: una luz en la niebla. In: Universidad de Murcia, editor. *Mujer y cuidados: retos en salud*. Murcia; 2014. p. 229–51.
56. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Prof.* 2006;7(4):5–11.
57. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(6):643–53.
58. Gong H, Ni C, Shen X, Wu T, Jiang C. Yoga for prenatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2015;15:14.
59. Milgrom J, Holt C. Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2014;15:385.
60. Nardi B, Bellantuono C, Moltedo-Perfetti A. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(6):434–43.
61. Prefectura de l'Estat. Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Espanya; 1999.

## 12. Annexes

### Annex 1: Escala de depressió post-natal d'Edimburg

#### ESCALA DE DEPRESSIÓ POST-NATAL D'EDIMBURG

Nom:..... Edat:..... anys

Data d'avui:..... Nivell d'estudis: .....

Estat civil:..... Professió:.....

Aquest escala ens permetrà saber com se sent si està embarassada o ha tingut un bebè recentment. Si us plau, subratlli la resposta que més s'apropa a com s'ha sentit en els últims 7 dies, no només com se sent avui.

**1. He sigut capaç de riure i veure el costat positiu de les coses**

- Tant com sempre
- Ara no tant
- Molt menys
- No, no he pogut

**2. He mirat el futur amb plaer**

- Tant com sempre
- Una mica menys del que acostumava a fer
- Definitivament no
- No, gens

**3. M'he culpat sense necessitat quan les coses no sortien bé**

- Si, la majoria de les vegades
- Si, algunes vegades
- No molt sovint
- No, mai

**4. He estat ansiosa i preocupada sense motiu**

- No, gens
- Quasi gens
- Si, a vegades
- Si, sovint

**5. He sentit por i pànic sense motiu**

- Si, bastant
- Si, a vegades
- No, no molt
- No, gens

**6. Les coses m'opremeixen o m'angoixen**

- Si, la major part de les vegades
- Si, a vegades
- No, quasi gens
- No, gens

**7. M'he sentit tant infeliç que he sentit dificultat per dormir**

- Si, la majoria de les vegades
- Si, a vegades
- No gaire sovint
- No, gens

**8. M'he sentit trista i desgraciada**

- Si, quasi sempre
- Si, bastant sovint
- No gaire sovint
- No, gens

**9. He sigut tan infeliç que he estat plorant**

- Si, quasi sempre
- Si, bastant sovint
- Només en algunes ocasions
- No, gens

**10. He pensat en fer-me mal a mi mateixa**

- Si, bastant sovint
- A vegades
- Quasi mai
- No, gens

**Taula 4: Escala de Depressió Post-Natal d'Edimburg (25)**

**Annex 2: Altres qüestionaris per al diagnòstic de la DPP**○ **Qüestionari de salut general de Golberg**

<b>Conductes</b>	<b>Alternatives</b>	<b>Respostes</b>
<b>1. Ha pogut concentrar-se bé en el que feia?</b>	Millor que l'habitual	
	Igual que l'habitual	
	Menys que l'habitual	
	Molt menys que l'habitual	
<b>2. les seves preocupacions l'han fet perdre la son?</b>	No, en absolut	
	Igual que l'habitual	
	Més que l'habitual	
	Molt més que l'habitual	
<b>3. Ha sentit que està desenvolupant un paper útil en la vida?</b>	Més que l'habitual	
	Igual que l'habitual	
	Menys que l'habitual	
	Molt menys que l'habitual	
<b>4. S'ha sentit capaç de prendre decisions?</b>	Més capaç de l'habitual	
	Igual que l'habitual	
	Menys capaç de l'habitual	
	Molt menys capaç de l'habitual	
<b>5. S'ha sentit constantment angixada i tensa?</b>	No, en absolut	
	Igual que l'habitual	
	Més que l'habitual	
	Molt més que l'habitual	
<b>6. Ha sentit que no pot superar les seves dificultats?</b>	No, en absolut	
	Igual que l'habitual	
	Més que l'habitual	
	Molt més que l'habitual	
<b>7. Ha sigut capaç de gaudir de les seves activitats quotidianes?</b>	Més que l'habitual	
	Igual que l'habitual	
	Menys capaç de l'habitual	



	Molt menys capaç de l'habitual	
<b>8. Ha sigut capaç de fer front adequadament als seus problemes?</b>	Més que l'habitual	
	Igual que l'habitual	
	Menys capaç de l'habitual	
	Molt menys capaç de l'habitual	
<b>9. S'ha sentit poc feliç o deprimida?</b>	No, en absolut	
	Igual que l'habitual	
	Més que l'habitual	
	Molt més que l'habitual	
<b>10. Ha perdut confiança en si mateixa?</b>	No, en absolut	
	Igual que l'habitual	
	Més que l'habitual	
	Molt més que l'habitual	
<b>11. Ha pensat que vostè és una persona que no serveix per a res?</b>	No, en absolut	
	Igual que l'habitual	
	Més que l'habitual	
	Molt més que l'habitual	
<b>12. Se sent raonablement feliç considerant totes les circumstàncies?</b>	Més feliç que l'habitual	
	Igual que habitualment	
	Menys feliç que l'habitual	
	Molt menys feliç que l'habitual	

Taula 5: Qüestionari de salut general de Golberg (26)

○ **Qüestionari revisat de predictors de la depressió post-part**

**Durant la gestació**

**Estat civil:**

Soltera ☐

Divorciada ☐

Casada ☐

Viuda ☐

Separada ☐

En parella ☐

**Estat socioeconòmic:**

Baix ☐

Mig ☐

Alt ☐

**Autoestima**

**Si**

**No**

- Se sent bé amb vostè mateixa com a persona?
- Se sent útil?
- Sent que posseeix diverses qualitats com a persona?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

**Depressió prenatal**

- S'ha sentit ansiosa durant la gestació?
- Si afirmatiu, quan de temps s'ha sentit d'aquesta manera?

☐

☐

☐

☐

**Gestació no plantejada/desitjada**

- Va ser una gestació planificada?
- No desitja la gestació?

☐

☐

☐

☐

**Història de depressió prèvia**

- Abans de la gestació, havia estat deprimida algun cop?
- Si afirmatiu, quan va experimentar aquesta depressió?
- Si afirmatiu, ha estat vostè sota supervisió mèdica?
- Si afirmatiu, el seu metge li va prescriure alguna medicació?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

**Suport social**

- Creu que rep un suport adequat per part de la seva parella?
- L'ajuda en tasques domèstiques o cuidatge del bebè?
- Creu que pot comptar amb ella quan necessiti ajuda?
- Creu que pot confiar en ella?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

(Repetir les mateixes preguntes sobre la família i amics)

**Satisfacció matrimonial**

- Està satisfeta amb el seu matrimoni o situació de convivència?
- Està experimentant en l'actualitat problemes en el seu matrimoni?

☐

☐

☐

☐

▪ Van bé les coses entre vostè i la seva parella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Estrès vital</b>		
Està vostè experimentant en l'actualitat qualsevol fet estressant en la seva vida com:		
▪ Problemes econòmics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Problemes matrimonials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Mort en la família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Malaltia greu en la família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Trasllats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Pèrdua de treball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Canvi de treball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Després del part, afegir els següents aspectes</u></b>		
<b>Estrès en el cuidatge del nadó</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
▪ Té el seu bebè algun problema de salut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Té problemes amb l'alimentació del seu bebè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Té problemes amb el son del seu bebè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Temperament del bebè</b>		
▪ Considera al seu bebè irritable o nerviós?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Plora molt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ És difícil calmar-lo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tristesa post-part</b>		
▪ Ha experimentat un breu període de plors i canvis d'humor durant la primera setmana després del part?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Taula 6: Qüestionari revisat de predictors de la depressió post-part (27)**

○ **Inventari de depressió de Beck**

A continuació, s'expressen varies respostes possibles per a cada un dels 21 apartats. Davant de cada frase marqui amb una creu la que millor reflecteixi la seva situació actual.

<b>1. Estat d'ànim:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aquesta tristesa em provoca patiment</li> <li>○ No estic trista</li> <li>○ Em sento una mica trista i deprimida</li> <li>○ Ja no puc aguantar aquesta pena</li> <li>○ Sempre tinc com una pena a damunt que no me la puc treure</li> </ul>	<b>2. Pessimisme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Em sento desanimada al pensar en el futur</li> <li>○ Crec que mai superaré les meves penes</li> <li>○ No soc gaire pessimista</li> <li>○ No espero res bo de la vida</li> <li>○ No espero res. Això no té remei</li> </ul>
<b>3. Sentiments de fracàs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ He fracassat com a persona</li> <li>○ He tingut més fracassos que la majoria de gent</li> <li>○ Sento que he fet poques coses útils</li> <li>○ No em considero fracassada</li> <li>○ Veig la meva vida plena de fracassos</li> </ul>	<b>4. Insatisfacció</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ja res m'omple</li> <li>○ Em sento insatisfeta amb mi mateixa</li> <li>○ Ja no em diverteix el que abans si ho feia</li> <li>○ No estic especialment insatisfeta</li> <li>○ Estic farta de tot</li> </ul>
<b>5. Sentiments de culpa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A vegades em sento despreciable i mala persona</li> <li>○ Em sento bastant culpable</li> <li>○ Tot el temps em sento mala persona i despreciable</li> <li>○ Em sento molt perversa i mala persona</li> <li>○ No em sento culpable</li> </ul>	<b>6. Sentiments de càstig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tinc la sensació que alguna cosa dolenta em passarà</li> <li>○ Sento que mereixo ser castigada</li> <li>○ No penso que estigui sent castigada</li> <li>○ Sento que m'estan castigant, o ho faran</li> <li>○ Vull que em castiguin</li> </ul>
<b>7. Odi a si mateixa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estic descontenta amb mi mateixa</li> <li>○ No m'aprecio</li> <li>○ M'odio a mi mateixa</li> <li>○ Em faig fàstic a mi mateixa</li> <li>○ Estic satisfeta de mi mateixa</li> </ul>	<b>8. Autoacusació</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No crec ser pitjor que els altres</li> <li>○ M'acuso a mi mateixa de tot el que va malament</li> <li>○ Em sento culpable de tot el que passa</li> <li>○ Sento que tinc molts i greus defectes</li> <li>○ Em critico molt a causa dels meus errors</li> </ul>

<b>9. Impulsos suïcides</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tinc pensaments de fer-me mal, però no arribaria a fer-ho</li> <li>○ Sento que estaria millor morta</li> <li>○ Sento que la meua família estaria millor si jo estigués morta</li> <li>○ Tinc plans decidits de suïcidar-me</li> <li>○ Si pogués, em mataria</li> <li>○ No penso en fer-me mal</li> </ul>	<b>10. Períodes de plor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No ploro més que l'habitual</li> <li>○ Abans podia plorar, ara no ho faig ni volent</li> <li>○ Ara ploro contínuament. No puc evitar-lo</li> <li>○ Ara ploro més del normal</li> </ul>
<b>11. Irritabilitat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No estic més irritable que l'habitual</li> <li>○ M'irrito amb més facilitat que abans</li> <li>○ Em sento irritada tot el temps</li> <li>○ Ja no m'irrita ni el que abans ho feia</li> </ul>	<b>12. Aïllament social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ He perdut tot l'interès pels altres i no m'importa</li> <li>○ M'interesso per la gent menys que abans</li> <li>○ No he perdut el meu interès pels altres</li> <li>○ He perdut gairebé tot l'interès pels altres</li> </ul>
<b>13. Indecisió</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ara estic insegura de mi mateixa i procuro evitar prendre decisions</li> <li>○ Prenc les meves decisions com sempre</li> <li>○ En absolut puc prendre decisions</li> <li>○ No puc prendre decisions sense ajuda</li> </ul>	<b>14. Imatge corporal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estic més preocupada perquè em veig més vella i desmillorada</li> <li>○ Em sento lletja i repulsiva</li> <li>○ No em sento amb pitjor aspecte que abans</li> <li>○ Sento que hi ha canvis en el meu aspecte físic que em fan semblar desagradable</li> </ul>
<b>15. Capacitat laboral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puc treballar tant bé com abans</li> <li>○ He d'esforçar-me molt per fer qualsevol cosa</li> <li>○ No puc treballar en res</li> <li>○ Necessito un esforç extra per començar a fer alguna cosa</li> <li>○ No treballo tant bé com ho feia abans</li> </ul>	<b>16. Trastorns del son</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dormo tant bé com abans</li> <li>○ Em desperto més cansada pel matí</li> <li>○ Em desperto unes 2h abans del normal i m'és difícil tornar a dormir</li> <li>○ Tardo 1 o 2h a dormir-me per la nit</li> <li>○ Em desperto sense motiu per la nit i em costa tornar a dormir</li> <li>○ Em desperto aviat cada dia, no dormo més de 5h i tardo més de 2h en fer-ho</li> <li>○ No puc dormir més de 3 o 4h seguides</li> </ul>

<b>17. Cansament</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Em canso amb més facilitat que abans</li> <li>○ Qualsevol cosa que faig em fatiga</li> <li>○ No em canso més del normal</li> <li>○ Em canso tant que no puc fer res</li> </ul>	<b>18. Pèrdua d'apetit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ He perdut totalment l'apetit</li> <li>○ El meu apetit no és tant bo com abans</li> <li>○ El meu apetit ha disminuït molt</li> <li>○ Tinc el mateix apetit que sempre</li> </ul>
<b>19. Pèrdua de pes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No he perdut pes últimament</li> <li>○ He perdut més de 2,5 kg</li> <li>○ He perdut més de 5 kg</li> <li>○ He perdut més de 7,5 kg</li> </ul>	<b>20. Hipocondria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estic tant preocupada per la meua salut que m'és difícil pensar en altres coses</li> <li>○ Estic preocupada per dolors i trastorns</li> <li>○ La meua salut no em preocupa més del normal</li> <li>○ Estic constantment preocupada del que em passa i de com em trobo</li> </ul>
<b>21. Libido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estic menys interessada pel sexe que abans</li> <li>○ He perdut tot el meu interès pel sexe</li> <li>○ Amb pro feines em sento atreta pel sexe</li> <li>○ No he notat cap canvi en la meua atracció pel sexe</li> </ul>	

**Taula 7: Inventari de depressió de Beck (28)**

- **Escala de cribatge de depressió post-part**

<b>Dimensió</b>	<b>Preguntes sobre</b>
Son/alimentació	▪ Dificultat per dormir, pèrdua de l'apetit
Ansietat/inseguretat	▪ Sensacions corporals, soledat
Habilitat emocional	▪ Experiència de diferents estats emocionals
Alteració cognitiva	▪ Capacitat per enfocar i concentrar-se
Pèrdua d'identitat	▪ Sentiments de ser anormal o sensació d'irrealitat
Culpa/vergonya	▪ Sensació de fallo, culpa o sentir-se avergonyida
Considerar l'autolesió	▪ Amenaça a si mateixa

**Taula 8: Escala de cribatge de depressió post-part (29)**

### **Annex 3: Fulla informativa per les participants**

Estimada mare,

Des de l'Equip d'Atenció Primària d'Almacelles (Lleida) volem realitzar un projecte d'investigació anomenat "***Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'Àrea Bàsica de Salut d'Almacelles***", que serà portat a terme per diferents professionals, amb una infermera com a referent. Aquest projecte basarà busca disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'ABS esmentada i basarà la seva intervenció en unes sessions dirigides a les dones embarassades, la selecció de les quals es farà quan aquestes acudeixin a les seves revisions pertinents amb la llevadora o amb la infermera.

La depressió post-part és un tipus de depressió que afecta a algunes dones després de donar a llum. Es comú que les dones pateixin trastorns temporals de l'humor o melancolia després del part, no obstant, si aquest trastorn dura més d'uns quants dies, es considera DPP. Concretament, es tracta d'una forta vulnerabilitat a la depressió que comença de manera important entre les 4-6 setmanes després del part. Si s'instaura una DPP poden haver conseqüències en la relació mare-nadó, amb la parella i amb la resta de l'entorn familiar.

Durant el desenvolupament de tota la intervenció es seguirà el que dicta la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, per tant tota la informació personal obtinguda serà tractada de manera confidencial. A més, la informació que pugui ser desvelada en les sessions, només es realitzarà si és vostè la que desitja fer-ho.

La durada del programa serà de 7 mesos (de setembre a abril), que serà quan les dones participants estaran en el seu cinquè mes de gestació, i continuarà fins als 3 mesos després del part.

Es realitzaran 5 sessions:

- Sessió 1: serà magistral informativa, en la que s'explicarà en què consistirà el programa.
- Sessió 2: llibre d'autoajuda, el qual s'haurà d'anar llegint durant l'embaràs i després del part i tracta sobre temes relacionats amb la maternitat i la paternitat.
- Sessió 3: tractarà d'una teràpia de massatges a la mare, la qual haurà d'anar acompanyada de la seva parella, si és possible.

- Sessió 4: ioga, en la qual s'ensenyaran tècniques de relaxació gràcies a aquest exercici.
- Sessió 5: tractarà sobre massatges terapèutics al nadó i teràpia psico-educativa

Aquesta intervenció està basada en un programa d'exercicis totalment conservadors, no invasius, per això els riscos que pot tenir són mínims.

Li volíem comunicar que és important el fet d'assistir a totes les classes i vestir roba còmoda, per facilitar el transcurs de les diferents activitats.

També li volíem transmetre que vostè, si així ho desitja, pot abandonar el projecte en qualsevol moment, sense haver de donar cap tipus d'explicació i sense cap tipus de perjudici.

Si té algun dubte o vol saber més informació, no dubti en posar-se en contacte amb nosaltres.

Li agraïm la seva participació.

Atentament.



**Annex 4: Consentiment informat**

TÍTOL DE L'ESTUDI: *Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea Bàsica de salut d'Almacelles.*

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Siham Massioui

Sr/a:....., amb DNI  
número:.....

Manifesto que:

- He llegit la fulla d'informació que se m'ha entregat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- He parlat amb:.....(Nom de l'investigador)
- Entenc que la meva participació és voluntària.
- Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:
  1. Quan vulgui.
  2. Sense haver de donar explicacions.
  3. Sense que això repercuteixi en els meus cuidatges.

Dono la meva conformitat lliurement per participar en l'estudi i dono el meu consentiment per a l'accés i la utilització de les meves dades en les condicions detallades en la fulla de consentiment.

Nom del pacient

Nom de l'investigador:

Signatura:

Signatura:

Lloc i data:

Lloc i data:

Aquest document es firmarà per duplicat, quedant-se una còpia l'investigador i l'altra la pacient.

REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, Sra.....(Nom de la pacient)

Desitjo retirar el meu consentiment atorgat a dalt per a la meva participació en l'estudi.

I per a que així consti, ho signo

Signatura

Lloc i data.....

## Annex 5 : Tríptic informatiu

<p><b>Qui som?</b></p> <p>Des de l'Equip d'Atenció Primària d'Almacelles (Lleida) volem realitzar un projecte d'investigació anomenat "<i>Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones en l'àrea de salut d'Almacelles</i>", que serà portat a terme per diferents professionals, amb una infermera com a referent.</p> 	 <p><i>Si té qualsevol dubte, consultin-s'ho.</i></p> <p><i>La esperem el 6 de setembre!</i></p>  <p>UNIVERSITAT DE LLEIDA</p>	<p><b>PROGRAMA PER DISMINUIR LA PREVALÈNCIA DE LA DEPRESSIÓ POST-PART</b></p> <p><i>Deixa'ns ajudar-te !!</i></p>  <p>Exercicis i activitats encaminades a disminuir la prevalença de la depressió post-part</p>
--	--	--

Figura 1: Tríptic informatiu



Figura 2: Tríptic informatiu

**Annex 6: Anamnesi i exploració general**

<b>Nom:</b> ..... <b>Edat:</b> ..... anys	
<b>Data d'avui:</b> ..... <b>Nivell d'estudis:</b> .....	
<b>Estat civil:</b> ..... <b>Professió:</b> .....	
<b>ANAMNESI I EXPLORACIÓ GENERAL</b>	
<b><u>Aspectes a valorar</u></b>	<b><u>Preguntes</u></b>
<b>Antecedents mèdics</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pateix alguna malaltia crònica?</li> <li>- Ha patit alguna vegada depressió?</li> <li>- Abans de la menstruació, es sentia irritable, ansiosa, tensa, amb atacs de pànic, problemes de concentració i de son, entre altres? (trastorn disfòric premenstrual)</li> </ul>
<b>Antecedents obstètrics</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha tingut problemes de fertilitat?</li> <li>- Ha tingut avortaments previs?</li> <li>- Ha tingut alguna complicació en l'embaràs fins ara?</li> </ul>
<b>Antecedents familiars</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hi ha algú de la família que pateixi o hagi patit depressió o altres malalties mentals?</li> </ul>
<b>Fets vitals estressants recents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha perdut algun ser estimat recentment?</li> </ul>
<b>Ànim depressiu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com ha sigut el seu estat d'ànim últimament?</li> <li>- S'ha sentit trista, deprimida, ansiosa o desesperançada?</li> </ul>
<b>Anhedònia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha perdut interès en les seves activitats habituals?</li> <li>- Obté menys plaer en coses amb les que acostumava a gaudir?</li> </ul>
<b>Pèrdua d'energia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es cansa amb facilitat?</li> <li>- Se sent amb menys energia</li> </ul>
<b>Canvis de pes o apetit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha tingut algun canvi en el pes o apetit?</li> </ul>
<b>Consum d'alcohol o</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beu alcohol? Quina quantitat?</li> </ul>

<b>drogues</b>	- Pren drogues? Quina quantitat?
<b>Augment o descens en l'activitat psicomotora</b>	- S'ha sentit inquieta, intranquil·la? - Se sent enlentida, com si estigués a càmera lenta?
<b>Pèrdua de concentració</b>	- Ha tingut problemes per concentrar-se? - Li costa més prendre decisions que abans?
<b>Sentiment de culpa o inutilitat</b>	- Se sent culpable o es culpabilitza per les coses? - Com es descriuria a vostè mateixa a algú que no la coneix?
<b>Alteracions del son</b>	Ha dormit bé últimament? Com ho compara amb el seu son normal?
<b>Ideació suïcida</b>	- Ha sentit que no mereix la pena viure o que estaria millor mort? - En algunes ocasions quan una persona se sent decaiguda i deprimida pot pensar en morir-se. Ha tingut algun pensament com aquest?

**Taula 9: Anamnesi i exploració general**

**Annex 7: Exploració social**

<b>Nom:</b> ..... <b>Edat:</b> ..... anys <b>Data d'avui:</b> ..... <b>Nivell d'estudis:</b> ..... <b>Estat civil:</b> ..... <b>Professió:</b> .....		
<b>EXPLORACIÓ SOCIAL</b>		
<b><u>Exploració</u></b>	<b><u>Preguntes</u></b>	<b><u>Indicador de risc</u></b>
<b>Situació familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amb qui viu i com són les relacions familiars?</li> <li>- Com és la seva relació amb la parella?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfunció familiar.</li> <li>- Maltractament.</li> <li>- Convivència de més d'una unitat familiar al mateix habitatge.</li> </ul>
<b>Xarxes de suport social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quines altres relacions social té?</li> <li>- Són satisfactòries?</li> <li>- Compta amb el seu suport?</li> <li>- En què ocupa el seu temps lliure?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aïllament social.</li> <li>- Escassetat de xarxes socials.</li> <li>- Absència de sistemes de suport social.</li> </ul>
<b>Situació econòmica/ Habitatge. Recursos familiars</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On viu?</li> <li>- Té algun problema econòmic?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situació econòmica precària.</li> <li>- Habitatge en zona marginal, equipament deficient, barreres arquitectòniques.</li> </ul>
<b>Situació laboral i ocupacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En què treballa?</li> <li>- Existeixen problemes en el seu entorn laboral que l'afecten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problema laboral.</li> <li>- Situació laboral inestable, estressant i poc gratificant.</li> <li>- Baix nivell d'instrucció.</li> </ul>
<b>Estratègies personals d'afrontament</b>	Quan té algun problema, què fa?, Demana ajuda?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasses estratègies personals d'afrontament.</li> </ul>

**Taula 10: Exploració social**

**Annex 8: Qüestionari APGAR familiar**

<b>Nom:</b> ..... <b>Edat:</b> ..... anys			
<b>Data d'avui:</b> ..... <b>Nivell d'estudis:</b> .....			
<b>Estat civil:</b> ..... <b>Professió:</b> .....			
Aquest qüestionari ens permetrà saber com és la dinàmica de la seva família, si és normal o hi ha alguna alteració. Si us plau, ha de marcar amb una X l'opció que s'ajusta a la seva situació.			
<b>Qüestionari APGAR familiar</b>			
	Mai	A vegades	Sempre
<b>Està satisfeta de l'ajuda que rep de la seva família quan té un problema?</b>			
<b>Discuteix amb la seva parella els problemes que té a casa?</b>			
<b>Les decisions importants les prenen conjuntament?</b>			
<b>Està satisfeta amb el temps que romanen junts?</b>			
<b>Sent que la seva família l'estima?</b>			

**Taula 11: Qüestionari APGAR familiar****Resultats:**

Cada pregunta es puntua de 0 a 2.

0= Mai-, 1= A vegades; 2= Sempre

- Igual o superior a 7: família normofuncionant
- Entre 4 i 6: disfunció familiar lleu
- Igual o inferior a 3: disfunció familiar greu



## **Annex 9: Imatges de la teràpia de massatges infantils**



**Figura 3: Massatge a la cara**



**Figura 4: Massatge al pit**



**Figura 5: Massatge sota el braç**



**Figura 6: Massatge al braç**



**Figura 7: Exercici a la panxa A**



**Figura 8: Exercici a la panxa B**



**Figura 9: Massatge amb dits en puntetes**



**Figura 10: Arc de Sant Martí**



**Figura 11: Exercici “escalfament de beisbol (amb la cama)”**



**Figura 12: Exercici “enrotllar la cama”**



**Figura 13: Massatge a l’esquena**

## **Annex 10: Qüestionari de satisfacció**

Aquest qüestionari ens permetrà saber si les sessions impartides han complert amb el què vostè s'esperava i si li han sigut útils.

Agrairíem que ens respongués amb sinceritat, perquè la seva opinió és molt important i ens ajudarà a millorar el programa. Les respostes seran totalment anònimes i confidencials.

Si us plau, valori de l'1 al 10 (sent 1 molt malament i 10 molt bé) els següents aspectes:

<b>Qüestió</b>	<b>Puntuació</b>
<b>1. S'ha sentit bé durant la realització del programa?</b>	
<b>2. Està satisfeta de la seva realització?</b>	
<b>3. En general, li ha agradat?</b>	
<b>4. Eren adequades les sessions del llibre d'autoajuda?</b>	
<b>5. Eren adequades les sessions de teràpia de massatges a la mare?</b>	
<b>6. Eren adequades les sessions de ioga?</b>	
<b>7. Eren adequades les sessions de massatges terapèutics al nadó i la teràpia psico-educativa?</b>	
<b>8. Li han sigut útils les diferents activitats realitzades?</b>	
<b>9. Aplica a la seva vida diària els coneixements apresos?</b>	
<b>10. Està satisfeta amb l'atenció rebuda per part de la infermera/matrona i els altres experts?</b>	
<b>11. Recomanaria a les altres gestants acudir al programa?</b>	
<b>12. En general, quina puntuació donaria a tot el programa?</b>	
<b>Observacions i suggerències</b>	

**Taula 12: Qüestionari de satisfacció**

**Annex 11: Autorització de la gerència d'Atenció Primària**

Estimat/a Sr/a,

Em poso en contacte amb vostè per demanar-li autorització per dur a terme un projecte anomenat: “***Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea Bàsica de salut d'Almacelles***”, que serà portat a terme per mi, Siham Massioui, estudiant del 4t curs d'Infermeria de la Universitat de Lleida. Aquest projecte, que té l'objectiu de disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'Àrea de Salut d'Almacelles, basarà la seva intervenció en les dones embarassades que acudeixen a les revisions pertinents amb la seva llevadora. És per aquest motiu que demano la seva autorització per poder aplicar aquesta intervenció.

Moltes gràcies per la seva atenció.

Atentament.

Lleida, 6 de març de 2016

-----  
Sr/Sra.....com a director/gerent de  
l'Atenció Primària de Lleida, amb DNI número.....

**CERTIFICO:**

Que ha rebut i estudiat la proposta efectuada per la Sra. Siham Massioui, estudiant del 4t curs del grau d'infermeria de la Universitat de Lleida, per a realitzar en aquesta gerència el projecte anomenat: “***Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea de salut d'Almacelles***”.

I autoritza la realització de l'esmentat projecte, sempre i que es garanteixi la protecció de dades personals mitjançant l'anonimització de la base de dades i la legislació vigent i es respectin els principis ètics de beneficència, autonomia i no maleficència de les dones.

Signatura:

Data i lloc:.....

**Annex 12: Autorització de la direcció d'infermeria del centre**

Estimat/a Sr/a,

Em poso en contacte amb vostè per demanar-li autorització per dur a terme un projecte anomenat: “***Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea de salut d'Almacelles***”, que serà portat a terme per mi, Siham Massioui, estudiant del 4t curs d'Infermeria de la Universitat de Lleida. Aquest projecte, que té l'objectiu de disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'Àrea de Salut d'Almacelles, basarà la seva intervenció en les dones embarassades que acudeixen a les revisions pertinents amb la seva llevadora. És per aquest motiu que demano la seva autorització per poder aplicar aquesta intervenció.

Moltes gràcies per la seva atenció.

Atentament.

Lleida, 6 de març de 2016

-----  
Sr/Sra.....com a director/a  
d'Infermeria de l'Àrea Bàsica de Salut d'Almacelles, amb DNI  
número.....

**CERTIFICO:**

Que ha rebut i estudiat la proposta efectuada per la Sra. Siham Massioui, estudiant del 4t curs del grau d'infermeria de la Universitat de Lleida, per a realitzar en aquesta gerència el projecte anomenat: “***Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea de salut d'Almacelles***”

I autoritza la realització de l'esmentat projecte, sempre i que es garanteixi la protecció de dades personals mitjançant l'anonimització de la base de dades i la legislació vigent i es respectin els principis ètics de beneficència, autonomia i no maleficència de les dones.

Signatura

Data i lloc:.....

### **Annex 13: Fulla de consentiment al Comitè Ètic d'Investigació (Lleida)**

Estimat/a Sr/a,

Em poso en contacte amb vostè per explicar-li que desitjo dur a terme un projecte d'investigació anomenat: ***“Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea de salut d'Almacelles”***, que serà portat a terme per mi, Siham Massioui, estudiant del 4t curs d'Infermeria de la Universitat de Lleida. Aquest projecte, que té l'objectiu de disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'Àrea de Salut d'Almacelles, basarà la seva intervenció en les dones embarassades que acudeixen a les revisions pertinents amb la seva llevadora. És per aquest motiu que demano el vostre vist i plau per poder realitzar aquesta intervenció.

Moltes gràcies per la seva atenció.

Atentament.

Lleida, 6 de març de 2016

-----  
Sr/Sra.....com a secretari/a del COMITÈ  
D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA DE LLEIDA, amb DNI número.....

#### **CERTIFICO:**

Aquest comitè ha avaluat la proposta de l'investigador principal del projecte d'investigació: ***“Pla d'intervenció per disminuir la prevalença de la depressió post-part en dones de l'àrea de salut d'Almacelles”***.

#### **I CONSIDERA QUE:**

- Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació als objectius de l'estudi i estan justificats els riscos i molèsties que es poden ocasionar a les participants, tenint en compte els beneficis esperats.
- El procediment per obtenir el consentiment informat és adequat.
- La capacitat tant de l'investigador com del seus col·laboradors, les instal·lacions i mitjans disponibles, tal i com s'ha informat, són apropiats per portar a terme l'estudi.

Per tant, aquest comitè resol AUTORITZAR que aquest estudi sigui realitzat en l'Àrea Bàsica de Salut d'Almacelles, actuant com a investigador principal la Sra. Siham Massioui.

Signatura

Data i lloc:.....